Aprilie 2026 | VOLUM 33 Nr. 3
www.thebmj.ro

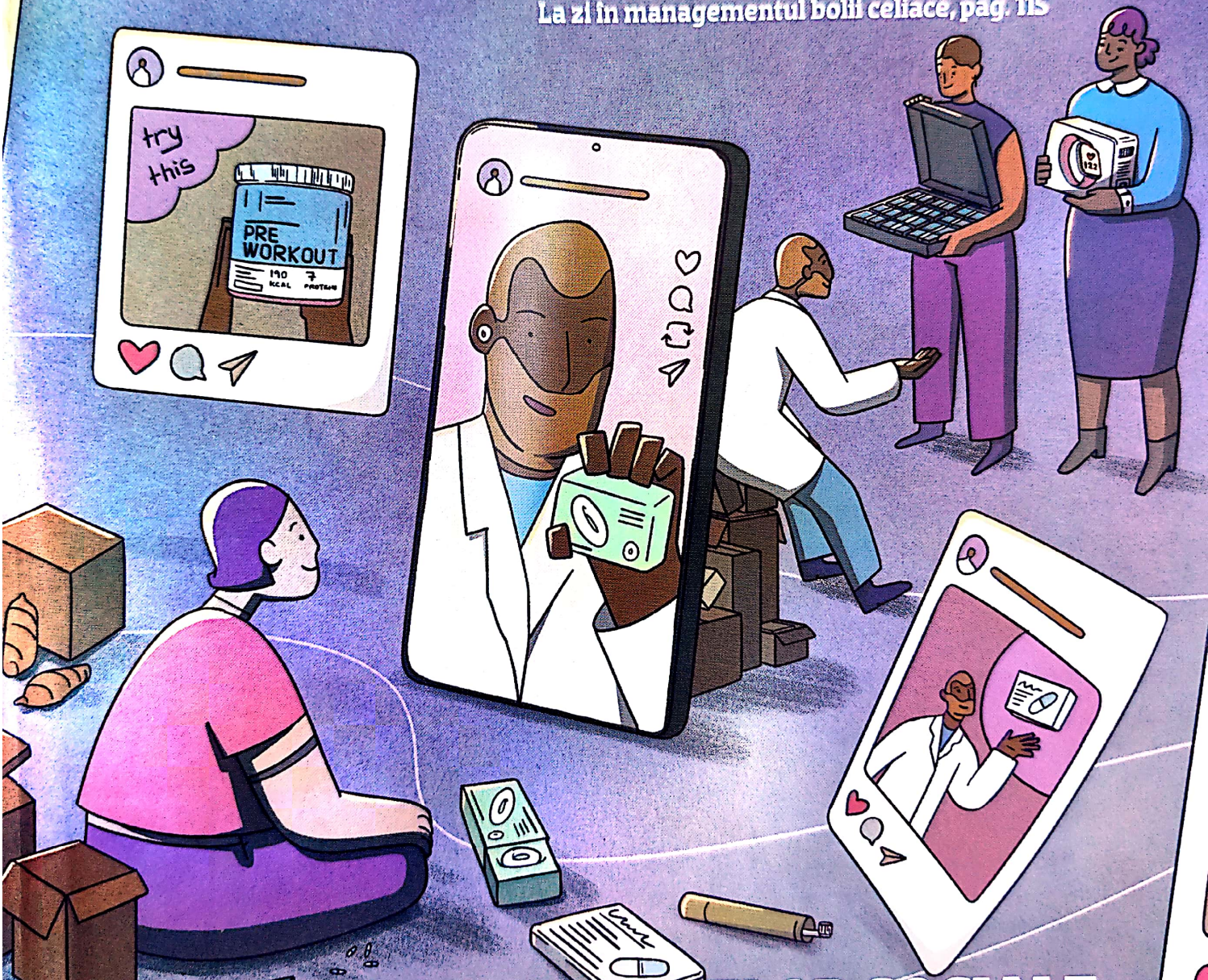
thebmj

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
Ediția în limba română

În România din 1994

- **CMR**: 10 credite EMC/abon. anual + 18 credite EMCD/10 chestionare consecutive
- **CFR**: 10 credite EFC/abon. anual
- **CMSR**: 10 credite EMC/abon. anual
- **OBBCSSR**: 5 credite EMC/abon. anual
- **Colegiul Fizioterapeuților din România**: 10 credite EMC/abon. anual
- **OAMGMAMR**: 5 credite EMC/abon. anual

Conservanții alimentari și riscul de cancer, pag. 99
Sfaturi specializate privitoare la tratamentul gutei, pag. 110
La zi în managementul bolii celiace, pag. 115



INFLUENCERI AI REȚELELOR SOCIALE

Cum răspundem provocărilor ce vizează sănătatea publică

ISSN 1222-5835
Publisher TARUS Media

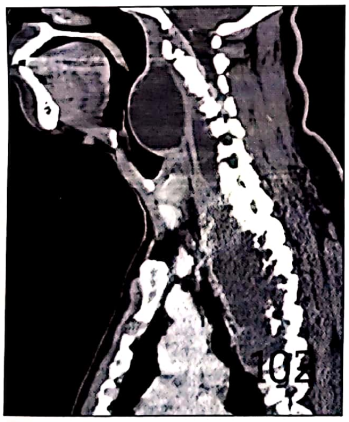
Scanned with OKEN Scanner

din sfera medicinei

85 **Editorial** Informaţiile legate de sănătate în era influencerilor
87 **Analiză** Răspunsul la provocările sfaturilor medicale ale influencerilor din reţelele sociale pentru sănătatea publică

cercetare

93 **Cercetare originală** Decompresia subacromială atroscopică *versus* intervenţia chirurgicală de tip placebo pentru sindromul dureros subacromial
94 **Cercetare originală** Beneficii şi efecte adverse ale intervenţiilor pentru ADHD
96 **Cercetare originală** Testarea genetică pentru aneuploidie preimplantare *versus* netestarea genetică a cuplurilor care efectuează procedura de injecţie intracitoplasmatică de spermă pentru infertilitatea masculină severă
96 **Cercetare originală** Revenirea la greutatea iniţială după oprirea medicamentelor GLP-1
99 **Cercetare originală** Conservanţii şi riscul de cancer



educaţie

102 **Analize ale cercetării** Tur de orizont bilunar asupra revistelor medicale de referinţă
103 **Tablou clinic, Minerva**
104 **Ghiduri clinice** Managementul excesului ponderal şi al obezităţii: rezumatul recomandărilor NICE actualizate
110 **Îndrumar de practică** Întrebaţi un expert: guta
115 **Sinteză a datelor de ultimă oră** Progrese în fiziopatologia, diagnosticul şi managementul bolii celiace
122 **Opinia pacientului** Recuperarea contra cronometru după un accident vascular cerebral

Copyright © 2026 BMJ Publishing Group Limited. Deţine toate drepturile.

Nicio parte a publicaţiei nu poate fi reprodusă, stocată ori transmisă sub nicio formă şi nici prin intermediul vreunui mijloc de comunicare electronic ori mecanic, prin fotocopiere, înregistrare sau în orice alte manieră, fără ca în prealabil să fie solicitată în scris permisiunea BMJ Publishing Group Limited.

Publicaţiile TARUS Media se adresează profesioniştilor din sistemul de sănătate şi sunt furnizate "ca atare", fără niciun fel de garanţie, expresă sau implicită. Conţinutul materialelor publicate şi al celor publicitare este integral în responsabilitatea autorilor şi, respectiv, a utilizatorilor spaţiului publicitar; de asemenea, nu reprezintă punctul de vedere al instituţiilor unde lucrează autorii.
Utilizatorii spaţiului publicitar răspund de informaţiile incluse în machete, iar TARUS Media nu poate fi făcută răspunzătoare pentru niciun fel de pierdere sau prejudiciu generate de folosirea acestora. Nicio parte a publicaţiei nu poate fi reprodusă, stocată ori transmisă sub nicio formă şi nici prin intermediul unui mijloc de comunicare electronic ori mecanic, prin fotocopiere, înregistrare sau în orice altă manieră, fără ca în prealabil să fie solicitată în scris permisiunea BMJ Publishing Group Ltd.

Scanned with OKEN Scanner

thebmj
THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
Ediția în limba română

Această ediție este publicată de TARUS Media cu permisiunea *The BMJ*.

Conținutul editorial al revistei *The British Medical Journal - Ediția în limba română* este selectat integral de către editorii britanici ai publicației originale *The BMJ*.

Ediția în limba română este tradusă, tipărită și distribuită în România de TARUS Media care este responsabilă pentru acuratețea traducerii.

Publisher TARUS Media

TARUS Media S.R.L
contact@tarus.eu

EDITOR THE BMJ EDIȚIA ÎN LIMBA ROMÂNĂ
Traian Mihăescu
traian@mihaescu.eu

DIRECTOR DE PUBLICAȚIE
Roxana Tudor
roxana.tudor@tarus.eu

MARKETING PROJECT MANAGER
Grigore Iuga

PUBLICITATE ȘI ABONAMENTE
Cristina Drăghescu
cristina.draghescu@tarus.eu

TRADUCERE
Roxana Țucra

TEHNOREDACTARE ȘI EDITARE GRAFICĂ
TotaL Comunicare SRL

thebmj

The Editor, *The BMJ*
Kamran Abbasi
BMA House, Tavistock Square,
London WC1H 9JR
Email: editor@bmj.com
Tel: +44 (0)20 7387 4410

BMA MEMBERS' ENQUIRIES
Email: membership@bma.org.uk
Tel: +44 (0)20 7383 6955

BMJ CAREERS ADVERTISING
Email: sales@bmjcareers.com
Tel: +44 (0)20 7383 6531

DISPLAY ADVERTISING
Email: sales@bmj.com
Tel: +44 (0)20 7383 6388

REPRINTS
Email: bmj.permissions@bmj.com

SUBSCRIPTIONS
BMA Members
Email: membership@bma.org.uk
Tel: +44 (0)20 7383 6955
Non-BMA Members
Web: support.bmj.com
Tel: +44 (0)20 7111 1105

OTHER RESOURCES
For all other contacts:
resources.bmj.com/bmj/contact-us
For advice to authors:
bmj.com/bmj/authors
To submit an article:
submit.bmj.com
The BMJ is published by BMJ Publishing Group Ltd, a wholly owned subsidiary of the British Medical Association.
INDEXING AND CITING *THE BMJ*
The BMJ is an online journal: the page numbers in this print edition are not to be used for indexing or citation.
Please use the eLocator or Digital Object Identifier (doi) given at the end of each article.
This edition contains only a selection of journal content.
Full details at http://bmj.co/print
All BMJ titles are produced with paper supplied from sustainable sources

ADRESA PENTRU CORESPONDENȚĂ
TARUS Media S.R.L.
Bd. Metalurgiei nr. 78, cod 041836, sector 4, București
Tel: +40 21 321 01 90
E-mail:contact@tarus.eu

PLATA ABONAMENTULUI PENTRU *THE BMJ – EDIȚIA ÎN LIMBA ROMÂNĂ*
Cont în Lei nr.: RO78 BTRL RONCRT0V 0560 5503
BANCA TRANSILVANIA,
beneficiar SC TARUS MEDIA S.R.L. (CUI:RO18379900)

- Factor de impact *The BMJ*: **105,7** (creștere cu aproape 10 puncte față de 2021-22)
- Versiunea tipărită a publicației britanice apare fără întrerupere din anul 1840
- În mai 1995, *The BMJ* a devenit prima revistă de medicină generală accesibilă și online: thebmj.com

Acces deschis în revistele BMJ pentru cercetătorii români

British Medical Journals și Anelis Plus au semnat un acord transformator care elimină bariera financiară a publicării în acces deschis pentru comunitatea medicală universitară din România.

British Medical Journals este unul dintre cele mai longevive și influente grupuri editoriale din medicina mondială, cu un portofoliu de peste 70 de reviste de specialitate – de la The BMJ și BMJ Open la titluri de nișă în cardiologie, oncologie, medicină de urgență și sănătate publică. Standardele editoriale ale grupului, procesul riguros de peer review și vizibilitatea globală a platformei fac din publicarea sub egida BMJ un reper de calitate recunoscut deopotrivă în evaluările academice și în practica clinică bazată pe dovezi.
Prin acordul transformator recent încheiat cu Anelis Plus, cercetătorii români afiliați instituțiilor membre ale consorțiului pot publica în regim Open Access în revistele eligibile BMJ fără să suporte individual taxa de procesare a articolului – o sumă care, în absența unui astfel de acord, poate depăși câteva mii de lire sterline. Articolul devine imediat accesibil la nivel global, fără bariera unui abonament, cu consecințe directe asupra vizibilității și citabilității cercetării clinice românești.

Acordurile transformatoare: de la dreptul de a citi la dreptul de a publica

Modelul transformator este răspunsul pragmatic al comunității academice internaționale la presiunea crescândă pentru Open Science. În loc ca instituțiile să plătească exclusiv pentru accesul la lectură, o parte din fondurile de abonament este redirecționată către acoperirea taxelor de publicare în acces deschis. Rezultatul este un sistem în care citirea și publicarea sunt tratate ca două fețe ale aceleiași infrastructuri de cunoaștere.
Anelis Plus – Asociația Universităților, Institutelor de Cercetare-Dezvoltare și Bibliotecilor Centrale și Universitare din România – negociază aceste acorduri în numele comunității academice naționale. În portofoliul său actual sunt prezente edituri de referință precum Elsevier, Wiley, Springer Nature, Cambridge University Press, IOP Publishing, IEEE și Royal Society of Chemistry. Acordul cu BMJ extinde această acoperire în mod semnificativ către domeniul medical și al sănătății publice. Prof. dr. Luminița Silaghi-Dumitrescu, profesor emerit la Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca și Președinte al Asociației Anelis Plus, a coordonat procesul de negociere în numele consorțiului.

Ce înseamnă practic pentru un medic sau un cercetător

Condiția esențială de eligibilitate este simplă: autorul corespondent trebuie să fie afiliat unei instituții membre Anelis Plus cu abonament activ la BMJ și să utilizeze adresa de email instituțională la momentul depunerii manuscrisului. Numărul de APC-uri disponibile anual este limitat și se alocă în ordinea solicitărilor primite după acceptarea articolului – promptitudinea acțiunii este, prin urmare, la fel de importantă ca eligibilitatea tehnică.
Webinarul din 26 martie 2026, organizat de Anelis Plus împreună cu BMJ și Enformation, a oferit comunității medicale academice un ghid practic al întregului flux: de la alegerea revistei eligibile și depunerea manuscrisului la selectarea opțiunii Open Access în platforma editurii și înțelegerea licențelor Creative Commons. Materialele evenimentului rămân o resursă de referință pentru cei care nu au participat în direct.

Informații despre acord: journals.bmj.com/open-access/oa-agreements-for-authors/romania/

Scanned with OKEN Scanner

ARSURI GASTRICE?
INDIGESTIE?
Pacienții pot suferi de ambele în același timp[1]
NOU
GAVISCON FORTE MENTOL
ACȚIUNE DUBLĂ

AMELIOREAZĂ ARSURILE GASTRICE ȘI AMELIOREAZĂ INDIGESTIA

Alginatul formează o barieră puternică deasupra conținutului stomacal pentru a suprima eficient refluxul[2-7]

Antiacidele neutralizează acidul gastric[2-7]

- Ameliorează arsurile gastrice în ***3 MINUTE***[8]
- Efect de până la ***4 ORE***[9, 10, 12-14]
- ***MAI EFICACE DECÂT ANTIACIDELE*** în reducerea expunerii esofagiene la acid‡[11]
- ***MOD DE ACȚIUNE NONSISTEMIC*** Poate fi utilizat la femeile însărcinate și care alăptează[2-4, 6]

GAVISCON FORTE – ACȚIUNE EXTINSĂ ÎMPOTRIVA REFLUXULUI ȘI DISPEPSIEI[2-4]

‡Bazat pe un studiu dublu-orb, randomizat, încrucișat pe 10 pacienți cu boală de reflux gastro-esofagian (BRGE), în care s-a utilizat impedanța pH-ului timp de 3,5 ore pentru a măsura expunerea la acid. Gaviscon Double Action a obținut un procent median semnificativ mai mic de timp de expunere la pH <4 (0,7% [interval intercuartilic [IQR], 0–28,2] vs 8,0% [IQR, 0–7,2], p = 0,001) și un pH mediu de reflux semnificativ mai mare la mai multe puncte temporale (p<0,05)[11]

REFERINȚE: 1. Heading RC, et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2016;28:455–62; **2.** RCP Gaviscon Forte Mentol suspensie orală; **3.** RCP Gaviscon Forte Mentol suspensie orală în plic; **4.** RCP Gaviscon Forte Mentol comprimate masticabile; **5.** Hampson FC, et al. Drug Develop Industr Pharm 2010;36:614–23; **6.** Bor S, et al. Turk J Gastroenterol 2019;30(Suppl 2):109–36; **7.** Thomas E, et al. Aliment Pharmacol Ther 2014;39:595–602; **8.** Strugala V, et al. J Int Med Res 2010;38:449–57; **9.** Giannini EG, et al. Dig Dis Sci 2006;51:1904–9; **10.** Chevrel B. J Int Med Res 1980;8:300–2; **11.** De Ruigh A, et al. Aliment Pharmacol Ther 2014;40:531–7; **12.** Taylor G, et al. J Pharm Pharmacol 1997;49:73; **13.** Moss HA, et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 1990;2:45–51; **14.** Uzan M, et al. Rev Fr Gynecol Obstet 1988;83:569–72.

Acesta este un material promoțional destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Gaviscon Forte Mentol suspensie orală/în plic conține alginat de sodiu 500 mg, hidrogenocarbonat de sodiu 213 mg și carbonat de calciu 325 mg per plic (sau per doza de 10 ml). Fiecare comprimat masticabil Gaviscon Forte Mentol conține alginat de sodiu 250 mg, hidrogenocarbonat de sodiu 106,5 mg și carbonat de calciu 187,5 mg. Aceste medicamente se eliberează fără prescripție medicală. Nr. APP: 15574/2024/01-12, 15573/2024/01-10 și 15244/2023/01-12. Doze: Adulți și adolescenți cu vârsta de 12 ani și peste: : 10-20 ml (1-2 plicuri) sau 2-4 comprimate după mese și înainte de culcare, maxim de patru ori pe zi. Dacă simptomele nu se îmbunătățesc după 7 zile, starea clinică a pacientului trebuie reevaluată. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produselor, pe care le regăsiți pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România https://www.anm.ro/.

reckitt

Reckitt Benckiser (România) S.R.L.
Bd. Iancu de Hunedoara, Nr. 48,
Clădirea Crystal Tower, Et. 11, Sector 1,
București, România

RT-M-rjDZaB

Scanned with OKEN Scanner

EDITORIAL

Informațiile legate de sănătate în era influencerilor

Îmbunătățirea discursului legat de sănătate implică îndreptarea atenției spre mediile de informare în care poate creşte nivelul de încredere

Influencerii din mass-media socială au început să participe la conversațiile privind îngrijirea sănătății. Analiza efectuată de Raffael Heiss și colegii săi subliniază tendința tot mai accentuată a împărtășirii unor sfaturi medicale de către influencerii rețelelor sociale, evidențiind consecințele de interes vital ale acesteia (doi: 10.1136/bmj-2025-086061).[1] Articolul descrie modul de desfășurare în prezent a conversațiilor despre sănătate în spații comerciale care combină competența, antreprenoriatul și divertismentul, expunând utilizatorii la informații subiective și la posibile prejudicii. Ei identifică patru surse de părtinire care se suprapun – competența limitată, influența industriei, interesele antreprenoriale și convingerile personale – și cer o reglementare guvernamentală mai eficientă, moderarea platformelor sociale și creșterea alfabetizării digitale.

Dezvoltarea "alfabetizării în domeniul influenței" clarifică modul în care vizibilitatea, afectivitatea și credibilitatea circulă în cadrul platformelor digitale, interacțiunilor clinice și spațiilor comunitare.[6] Puterea influencerilor nu se limitează la persuasiune, ci se extinde la nivelul ecosistemelor influenței generate de interacțiunea dintre tehnologie, comerț și procesul de interpretare colectivă, ce pot întări sau submina înțelegerea comună. Ca urmare, pacienții și clinicienii se pot afla în aceeași sală de examinare, aparținând, însă, unor lumi complet diferite.

Influența în comunitățile digitale

Așa cum arată Heiss și colegii săi, Legea UE privind serviciile digitale și Codul influencerilor din Italia încearcă să reglementeze conținutul referitor la sănătate furnizat de influenceri.[1] Măsuri similare apar și în alte părți ale lumii. De exemplu, Australia interzice postarea mărturiilor plătite în legătură cu sănătatea,

Scanned with OKEN Scanner

India le cere influencerilor calificați în domeniul sănătății să-și dovedească acreditările, Emiratele Arabe Unite acordă autorizații pentru publicitatea legată de sănătate, Africa de Sud impune declararea clară a sponsorizării și susținerea afirmațiilor cu dovezi, iar China permite conținutul referitor la sănătate provenit numai de la profesioniști calificați, verificați de platforme.[11-15] Dovezile privind aplicarea și eficacitatea efectivă a acestor măsuri rămân limitate.

Reglementarea și moderarea nu sunt, însă, suficiente pentru a susține încrederea publică. Mediile și căile de informare trebuie să fie concepute astfel încât să favorizeze dialogul și reflecția, nelimitându-se doar la gestionarea prejudiciilor. Platformele ar trebui să recompenseze informațiile de încredere, să evidențieze sursele și să dezvăluie algoritmii recomandărilor.[16] Odată cu acumularea dovezilor privind prejudiciile se vor intensifica și apelurile ca platformele să investească în măsuri pentru reducerea acestora.

Influencerii se află la intersecția dintre competență, marketing și divertisment. Mulți dintre ei își construiesc audiența prin familiaritate și marca personală, ceea ce face ca sfaturile lor să pară autentice și convingătoare. Unii transformă demascarea informațiilor false în spectacol: videoclipuri în "duet" pe ecran divizat, în care unul dintre utilizatori demontează public argumentele celuilalt, combinând corectarea cu divertismentul.

Platformele rețelelor sociale profită mai mult de pe urma atenției pe care o atrag decât din accesări.[17] Spre deosebire de un magazin de cărți care câștigă numai atunci când clienții cumpără ceva, o platformă câștigă și atunci când staționezi pe ea, la fel ca un taximetru. Implicarea, nu acuratețea, determină vizibilitatea, întrucât conținutul cu încărcătură emoțională sau morală se răspândește mai mult decât informațiile bazate pe dovezi.[18] Rezultatul este un ecosistem informațional care recompensează certitudinea și indignarea într-o mai mare măsură decât reflecția și încrederea, deformând normele, valorile și percepția riscului.[19]

Medicii au nevoie de sprijin pentru îmbunătățirea discursului privind sănătatea

Fiecare consultație clinică are loc acum într-un mediu informațional mai larg,[5] ce influențează convingerile și emoțiile pacienților. Prin întrebările puse pacienților despre expunerile lor online, sentimentele asociate și problemele pe care le ridică acestea se poate iniția un dialog în locul unei confruntări. Evaluarea împreună cu ei a unei aplicații destinate sănătății sau o discuție despre afirmațiile postate online pot fi la fel de utile ca explicarea opțiunilor de tratament.[20]

Procesul de luare a unor decizii comune trebuie să evolueze corespunzător erei digitale, cu sprijinul sistemelor de sănătate care trebuie să furnizeze instrumente, remunerație și ajutor pentru clinicieni.[4] Acestea ar putea include screeningul ecosistemelor de informații medicale la locul de îngrijire, la fel ca în cazul altor factori sociali determinanți ai sănătății,[21] extinderea prescrierii sociale în spații digitale cu forumuri validate de medici[22] ori spații de discuții între colegi autorizate sau susținute de medici.[23] Personalul medical comunitar cu competențe digitale poate ajuta oamenii să evalueze și să contextualizeze informațiile despre sănătate, în timp ce îi conectează cu programele și serviciile necesare.[24] Este esențială structurarea intervențiilor în jurul mediilor informaționale ale populației; la fel ca expunerea la medii fizice, expunerea la informații influențează sănătatea și merită aceeași atenție.[4]

În prezent, procesul de influențare este ecologic, fiind rezultatul interacțiunii dintre tehnologie, comerț și înțelegerea colectivă.[1] Întărirea discursului public privind sănătatea înseamnă ca medicii și decidenții politici să acorde acum atenție ecosistemelor informaționale în care utilizatorii dau un sens conținutului.[6] Reglementarea și moderarea platformelor și activității influencerilor sunt necesare, dar va fi indispensabilă consolidarea încrederii cu ajutorul comunităților verificate, forumurilor validate de clinicieni și campaniilor participative de sănătate publică.

Tina D Purnat, bursieră în programul de leadership Prajna, Harvard TH Chan School of Public Health, Boston, Massachusetts
tinapurnat@ hsph.harvard.edu

David Scales, profesor asistent, Weill Cornell Medicine, New York

EDITORIAL

Health information in the age of influencers

A se cita: *BMJ* 2025;391:r2419

Găsiți versiunea completă, cu bibliografie, la:
doi: 10.1136/bmj.r2419

Scanned with OKEN Scanner

Răspunsul la provocările sfaturilor medicale ale influencerilor din rețelele sociale pentru sănătatea publică

Raffael Heiss şi colegii săi susţin că, adesea, sfaturile medicale ale influencerilor sunt marcate de numeroase prejudecăţi şi sugerează modul în care pot fi reduse riscurile asociate

Influencerii din rețelele sociale au devenit puternici într-un ecosistem informațional digital bazat pe algoritmii platformelor și pe stimulente comerciale.[1,2] Influencerii sunt persoane cu un număr mare de urmăritori pe platformele de socializare, câștigat prin publicarea de conținut captivant și distractiv, dar mulți dintre ei au devenit și importante surse de informații legate de sănătate.[3] Pregătirea lor variază de la profesioniști calificați în domeniul sănătății la oameni fără educație medicală, iar auditoriul lor cuprinde de la câteva mii la milioane de persoane. Peste 70% dintre adulții tineri din SUA urmăresc influenceri și mai mult de 40% au cumpărat produse pe baza recomandărilor acestora.[4] În Austria, 83% dintre cei cu vârste de 15-25 de ani menționează că au vizualizat conținut furnizat de influenceri în legătură cu

Credibilitatea sfaturilor date de influenceri variază considerabil

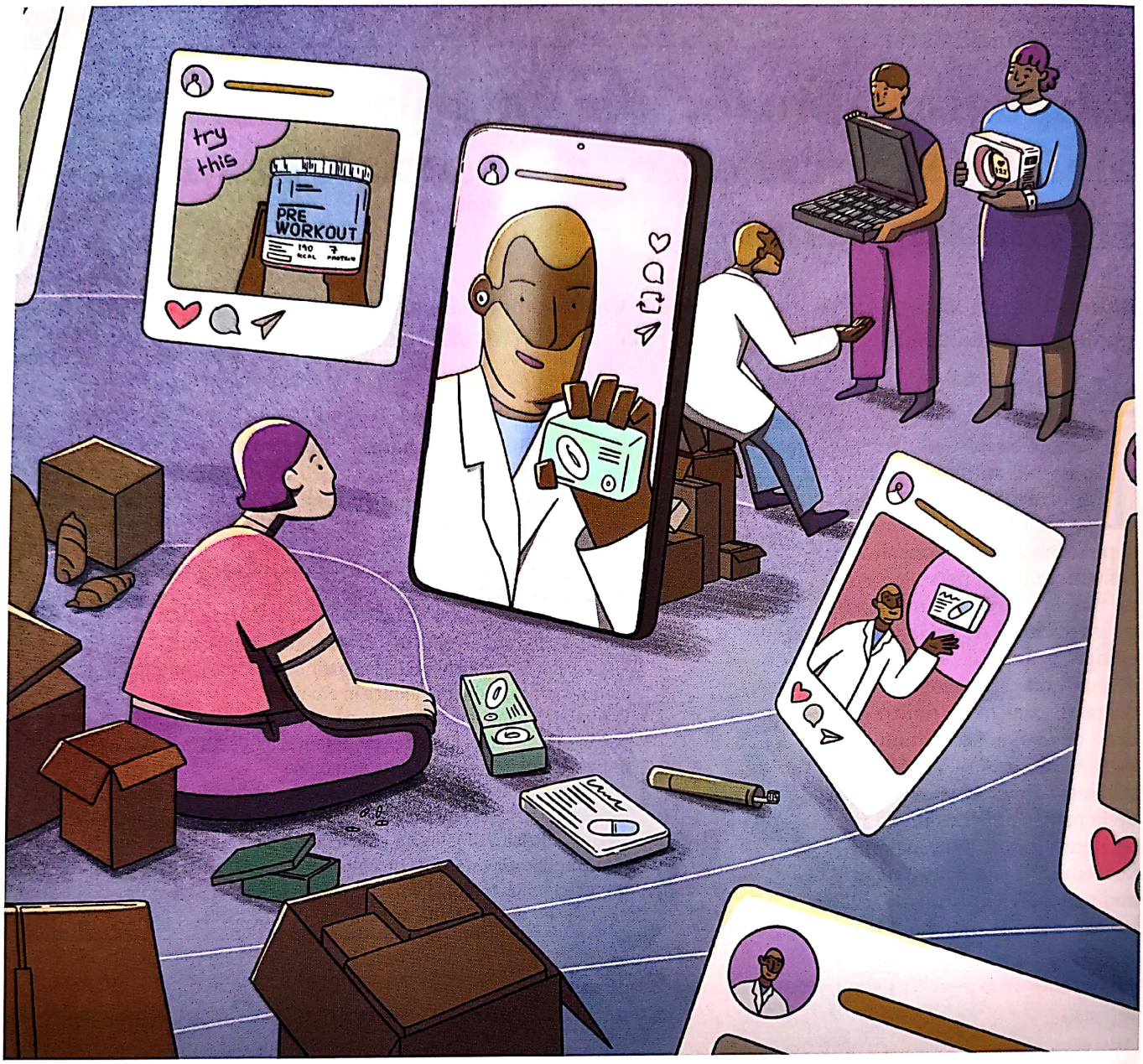
MESAJE PRINCIPALE

- Credibilitatea sfaturilor influencerilor variază substanţial
- Influencerii din reţelele sociale constituie o tot mai importantă sursă de sfaturi medicale, dar pot induce în eroare
- Credibilitatea influencerilor este adesea subminată de patru surse de părtinire principale: lipsa de competenţă, influenţa industriei, interesele antreprenoriale şi convingerile personale
- Astfel de sfaturi care sunt părtinitoare sau induc în eroare – amplificate de relaţiile parasociale create şi de implicarea directă – pot provoca prejudicii fizice, psihologice, financiare şi sistemice
- Măsurile coordonate luate de guverne şi platforme sunt esenţiale pentru protecţia utilizatorilor şi dezvoltarea capacităţii acestora de a evalua sfaturile medicale oferite de influenceri

Tabelul 1 | Exemple de prejudecăţi şi sfaturi medicale dăunătoare ale influencerilor

Prejudecată	Influencer	Sfaturi medicale	De ce poate fi dăunător
Lipsa de competenţă medicală	Chantelle Knight (100 000 de urmăritori pe TikTok): influencer din Regatul Unit şi susţinător al comunităţilor neurodivergente	A promovat SaffPro, un supliment pe bază de şofran, ca alternativă naturală la medicaţia pentru tulburarea de hiperactivitate/deficit de atenţie (ADHD) şi a afirmat că acesta are efecte asupra nivelurilor serotoninei, dopaminei şi melatoninei[8]	Poate descuraja utilizarea tratamentelor medicale prescrise pentru ADHD, sugerând beneficii medicale care induc în eroare. UK Advertising Standards Authority a decis că reclamele induceau în eroare şi puteau avea o influenţă nocivă
Influenţa industriei	Khloé Kardashian (300 de milioane de urmăritori pe Instagram): celebritate în mass-media din SUA	Citat din postarea pe Instagram: "Îmi place atât de mult @nurtecodt! ... Iau doar #NurtecODT şi durerea de migrenă începe să scadă într-o oră!!!"[9]	Rimegepant (Nurtec) este un medicament pentru migrenă eliberat pe bază de prescripţie, iar publicitatea directă către consumatori poate fi accesată în regiunile în care acest tip de publicitate este interzisă
Promovarea produselor proprii	Dr. Eric Berg (14 milioane de abonaţi pe YouTube): Chiropractician din SUA care distribuie sfaturi legate de sănătate pe YouTube şi are un magazin de suplimente online	Citat din videoclip: "Astăzi vom vorbi despre motivele pentru care o persoană obişnuită trebuie să ia 10 000 UI de vitamina D3 ca de întreţinere în fiecare zi."[10]	Promovează suplimente în doze mari în timp ce îşi vinde propria marcă de vitamina D şi alte suplimente, unele dintre acestea fiind motivul unui avertisment legal pe care l-a primit pentru conţinutul de plumb peste nivelul de siguranţă[10,11]
Posibilă prejudecată personală	Ellie Grey (200 000 de urmăritori pe Instagram): Influencer britanic în materie de wellness (stare de bine) care îşi împărtăşeşte opiniile despre sănătate pe Instagram şi Telegram	A afirmat că marijuana (canabis), vitamina C intravenoasă, sâmburii de caisă sau dietele alcaline pot să vindece cancerul. A negat că un copil din Regatul Unit a murit din cauza rujeolei, sugerând că boala nu este periculoasă.[12,13]	Promovează opinii anti-ştiinţă care îi pot determina pe urmăritori să respingă îngrijirile medicale bazate pe dovezi. Ar putea întârzia tratamentele sau vaccinarea eficientă, conducând la prejudicii grave

Scanned with OKEN Scanner



ROWENA SHEEHAN

sănătatea și, ca urmare, 31% au cumpărat suplimente alimentare, 13% medicamente și 11% teste medicale cu autoadministrare.[5]

Credibilitatea sfaturilor date de influenceri variază considerabil. De exemplu, un studiu recent a arătat că postările influencerilor și corporațiilor referitoare la teste medicale populare cu dovezi incerte și riscuri de folosire în exces au fost preponderent promoționale, citând beneficii în 87% dintre cazuri, dar menționând efecte adverse numai în 15%.[6] Un alt studiu al promovării suplimentelor alimentare de către influenceri germani a arătat că aproximativ două treimi din dozele recomandate au depășit recomandările naționale în privința siguranței, iar 7% au depășit limitele superioare de siguranță stabilite de European Food Safety Authority (Autoritatea Europeană pentru Siguranța Alimentelor).[7] Astfel de sfaturi pot provoca prejudicii psihologice, fizice, financiare și sistemice – de la autodiagnosticări incorecte și tratamente inadecvate până la cheltuieli nejustificate și creșterea costurilor îngrijirilor medicale.

Chiar și influencerii cu calificări medicale pot furniza sfaturi care induc în eroare

Informațiile furnizate de influenceri pot fi afectate de patru surse de părtinire: lipsa competenței medicale sau a cunoștințelor relevante, influența industriei, interesele antreprenoriale și prejudecățile personale (tabelul 1). Efectul acestor părtiniri este amplificat de abilitatea influencerilor de a întemeia relații reale sau unilaterale (denumite

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 2 | Măsuri pentru protecția publicului față de posibilele efecte nocive asupra sănătății provocate de influencerii din rețelele sociale

Soluție Guvern	Măsură	Dificultăți
Responsabilizarea platformelor pentru riscurile sistemice pentru sănătate	Obligația platformelor de a distribui datele, de a se implica în auditurile algoritmilor și de a raporta măsurile pentru reducerea riscurilor	Voință politică slabă; eforturile de lobby ale platformelor
Responsabilitate editorială pentru influenceri	Crearea și implementarea unor coduri de conduită similare celor pentru emisiunile din mass-media (de exemplu, codul național al influencerilor din Italia)	Resurse limitate pentru supraveghere; rezistență din partea platformelor
Restricționarea sfaturilor medicale dăunătoare	Interzicerea conținutului clar dăunător pentru sănătatea publică (de exemplu, interzicerea, în Franța, a conținutului care descurajează chimioterapia)	Probleme legate de libertatea de expresie; evitarea efectelor de "reducere la tăcere"
Consolidarea reglementărilor publicității	Actualizarea reglementărilor publicității și sancționarea nerespectării lor (de exemplu, amenzi pentru influenceri, platforme)	Aplicarea este dificilă; voință politică slabă; eforturile de lobby ale platformelor
Susținerea verificării informațiilor pe teme medicale	Furnizarea de resurse organizațiilor, cercetătorilor și asociațiilor medicale reputate pentru a asigura o verificare diversificată a informațiilor	Voință politică slabă; resurse disponibile limitate
Sprijinirea alfabetizării digitale și medicale	Investiții în programe publice și școlare de alfabetizare digitală și medicală; susținerea unor campanii ce vizează influencerii și utilizatorii	Resurse disponibile limitate; este nevoie de timp; unele grupuri țintă sunt greu accesibile
Platformele rețelelor sociale		
Consolidarea verificării informațiilor	Colaborarea strânsă cu cei care verifică informațiile pe teme medicale. Facilitarea accesului la controlul informațiilor pe platformă și menținerea creării unor sisteme de detectare automată	Verificarea informațiilor și sistemele automate necesită resurse considerabile; limitează profiturile
Furnizarea unor ghiduri clare pentru sfaturile medicale	Implicarea specialiștilor în crearea ghidurilor și integrarea lor în termenii și condițiile de utilizare; sancționarea nerespectării lor (suspendări, invalidarea tranzacțiilor financiare)	Influencerii sunt surse de venit pentru platforme; stimulente limitate pentru platformă
Instruirea influencerilor	Crearea unor module de instruire obligatorii pentru influenceri, care să abordeze comunicarea pe bază de dovezi și regulile de raportare	Stimulente reduse pentru platforme; profitul se bazează pe conținutul care atrage atenția
Aplicarea regulilor publicitare geospecifice	Implementarea soluțiilor tehnologice pentru limitarea întregului conținut publicitar la regiunile unde este autorizat (blocarea geografică)	Dificil pentru conținutul nativ furnizat de influenceri și pentru promovarea subtilă

adesea "parasociale") cu cei care îi urmăresc, devenind astfel comunicatori foarte convingători.[5, 14] De aceea, supravegherea este importantă, dar monitorizarea și reglementarea eficiente sunt dificile, deoarece experiențele utilizatorilor sunt personalizate, influențate de algoritmi opaci și deseori trec dincolo de granițele naționale, depășind posibilitatea de-a aplica reglementările.

Sursele părtinirii din sfaturile medicale ale influencerilor

Prima sursă de părtinire este lipsa competenței ori a unor cunoștințe relevante. Spre deosebire de furnizorii de îngrijiri medicale sau de jurnaliștii cu instruire medicală, mulți influenceri nu au nicio educație formală în privința temelor pe care le abordează, ceea ce mărește riscul de a promova teste ori tratamente inadecvate. Un exemplu elocvent este celebra Kim Kardashian, care și-a încurajat cei 360 de milioane de urmăritori pe Instagram să-și facă un screening complet al corpului prin examen imagistic cu rezonanță magnetică – un test fără beneficii dovedite și asociat cu exces de diagnostic, intervenții inutile și costuri nejustificate.[6] Chiar și influencerii cu calificări medicale pot furniza sfaturi ce induc în eroare, în special atunci când sunt în afara domeniului lor de competență sau oferă recomandări generalizate fără a cunoaște istoricul medical individual. De exemplu, în timpul pandemiei de covid-19, influenceri cu pregătire medicală urmăriți de un număr considerabil de persoane au promovat tratamente insuficient testate, incluzând suplimente cu vitamina D în doze mari și ivermectină.[15, 16]

O a doua sursă de părtinire este influența industriei. Companiile pot să ofere produse gratuite, să plătească pentru postări promoționale în rețelele sociale ori pe bloguri, să folosească marketingul afiliat (comision pentru vânzări prin linkuri unice) sau să-i angajeze pe influenceri în colaborări pe termen lung ca ambasadori ai mărcii lor.[6, 17] În consecință, mulți influenceri sunt plătiți să promoveze teste direct la consumator, produse pentru îngrijirea pielii ori chiar medicamente eliberate pe bază de prescripție. Aceasta este o problemă în special atunci când influencerii sunt medici și profită de pe urma promovării produselor medicale sau a tratamentelor.[18] În multe țări există reguli care le cer influencerilor să declare fără ambiguități orice "conexiune materială" cu o anumită marcă – de exemplu, o plată ori un cadou – dar aplicarea acestora este inconstantă, iar sancțiunile pentru încălcarea lor sunt rare sau minime. Un raport elaborat

Scanned with OKEN Scanner

recent de UK Advertising Standards Authority (Autoritatea Britanică pentru Standarde Publicitare) a estimat că numai 57% din conținutul publicitar al influencerilor de pe Instagram și TikTok a fost declarat în mod adecvat.[19]

În al treilea rând, mulți influenceri își urmăresc propriile interese antreprenoriale. Pentru a atrage atenția, ei folosesc frecvent un conținut cu caracter amenințător care antrenează participarea.[20] Astfel de strategii îi pot ajuta pe influenceri să își extindă audiența în timp ce-și promovează propriile produse, inclusiv suplimente alimentare, care sunt slab reglementate, ușor de produs și adesea netestate.[7] Unii creează și amplifică îngrijorări legate de testosteronul scăzut ori de deficitul vitaminei D pentru a stimula vânzările, în ciuda riscurilor de supradoză, de interacțiuni medicamentoase sau de contaminare cu substanțe nocive.[6-11] Anumite suplimente pot acționa și ca porți de acces – de exemplu, utilizarea suplimentelor pentru dezvoltarea musculaturii a fost asociată cu folosirea ulterioară a steroizilor anabolizanți de către bărbații tineri.[21]

În fine, influencerii – incluzând pacienți și medici instruiți – pot fi influențați, la rândul lor, de prejudecățile personale, ce includ alegeri în privința stilului de viață sau convingeri ideologice nesprijinite de dovezi demne de încredere, precum homeopatia ori dezinformarea anti-vaccinare. Unii influenceri axați pe stilul de viață partajează conținut anti-vaccinare bazat pe experiența personală și pe neîncrederea în autoritățile sanitare convenționale.[22] Deși multe persoane au astfel de convingeri, aceste prejudecăți sunt moderate, de obicei, în contextul profesional prin norme instituționale (ca în jurnalism ori în medicină) și prin măsuri de protecție organizaționale, precum supravegherea editorială sau ghidurile clinice. De regulă, influencerii nu sunt supuși unor astfel de standarde și acționează fără a avea o responsabilitate profesională ori editorială.

Date fiind aceste surse de părtinire, de ce oamenii au în continuare încredere în influenceri? Un motiv este că mulți dintre ei fie nu cunosc aceste prejudecăți, fie le ignoră, iar uneori nici măcar nu-și dau seama că mesajele sunt, de fapt, o formă de marketing. Un alt motiv este că influencerii acționează, adesea, ca modele de urmat, iar comunitățile lor pot avea încredere în ei chiar și în mediul publicitar.[5] Autoritatea lor se bazează pe trei elemente interdependente: au abilitatea de a crea relații strânse prin împărtășirea experiențelor personale și interacționarea directă cu utilizatorii, sunt frecvent percepuți ca autentici pentru că exprimă opinii și experiențe personale fără constrângeri instituționale și sugerează competența în domeniul în care comentează, poziționându-se ca lideri de opinie.[14] Împreună, aceste dinamici pot distrage atenția de la posibilele prejudecăți din sfaturile lor.

Pot influencerii să ajute publicul?

Unii influenceri furnizează sfaturi utile pentru sănătate.[2, 23] Aceștia sunt medici și alții care ajută la demontarea concepțiilor greșite frecvent întâlnite – de exemplu, miturile privitoare la contraceptivele orale, la toxinele din legume sau la efectele secundare nedovedite ale vaccinurilor.[24] Influencerii colaborează uneori cu profesioniștii medicali pentru a amplifica mesajele bazate pe dovezi,[23] folosind un limbaj simplu, ușor de înțeles și accesând segmente ale audienței pe care comunicarea tradițională din sănătate le omite frecvent, incluzând tinerii și grupurile marginalizate. De asemenea, ei își pot folosi relațiile cu cei care îi urmăresc pentru a motiva schimbările în stilul de viață și a încuraja comportamentele sănătoase.

Guvernele pot acționa prin reducerea riscurilor la nivel sistemic, inclusiv a celor induse de sfaturi medicale calificate, dar dăunătoare

Influencerii care sunt la rândul lor pacienți pot furniza un sprijin important celor aflați în situații similare, în special pentru afecțiuni stigmatizate, prin crearea de spații unde se pot simți în siguranță și prin împărtășirea experiențelor personale. De asemenea, mulți pacienți se consideră experți în propria lor boală, iar experiența trăită de ei poate oferi perspective importante, diferite de cunoștințele profesionale. Competența lor specifică nu se traduce însă, automat, într-o autoritate medicală extinsă. Prin urmare, experiența trăită trebuie să fie completată cu dovezi demne de încredere și să nu fie folosită iresponsabil – de exemplu, pentru a promova anumite medicamente.[17]

Măsuri pentru reducerea prejudiciilor

Pentru maximizarea beneficiilor și minimizarea prejudiciilor aduse de sfaturile medicale ale influencerilor va fi nevoie de colaborarea între numeroasele părți interesate, în special între guverne și platformele rețelelor sociale (tabelul 2).

Guvernele pot acționa prin reducerea riscurilor la nivel sistemic, inclusiv a celor induse de sfaturi medicale

Scanned with OKEN Scanner

calificate, dar dăunătoare. Legea UE privind serviciile digitale (DSA) prevede ca platformele online mari să evalueze riscurile pentru sănătate la nivel sistemic și să raporteze modul în care le reduc.[25] De exemplu, platformele trebuie să evalueze dacă algoritmii lor amplifică mesajele anti-vaccinare și să descrie măsurile luate pentru a limita răspândirea acestora. Procedurile respective sunt supuse unor audituri independente, fiind posibile amenzi substanțiale pentru nerespectarea legii.

O altă strategie este de a spori răspunderea influencerilor, atribuindu-le responsabilitate editorială, în mod similar cu mass-media tradițională. În Italia, influencerii cu audiență mare trebuie să se înregistreze la autoritatea națională pentru mass-media și să respecte un cod formal de conduită, incluzând evitarea conținutului referitor la sănătate care induce în eroare sau este dăunător.[26] În Franța, legislația le interzice influencerilor să promoveze chirurgia cosmetică, produsele cu nicotină și anumite dispozitive medicale sau să încurajeze refuzul tratamentelor (de exemplu, descurajarea chimioterapiei). Încălcarea legii de că influencerii care au c ținta o audiență din Franța (de exemplu, folosind limba franceză) poate fi sancționată cu amenzi de până la 300000€ (265000£; 345 000 $) sau cu închisoare până la doi ani.[27]

Și platformele sunt responsabile pentru găzduirea și amplificarea conținutului postat de influenceri

Și platformele sunt responsabile pentru găzduirea și amplificarea conținutului postat de influenceri. Ele pot să consolideze mecanismele de verificare a informațiilor, să colaboreze cu cei care le verifică și să evite transferul responsabilității către utilizatori. Transparența ar putea fi îmbunătățită prin asigurarea accesului cercetătorilor independenți la datele, algoritmii și procesele de moderare ale platformei. Legea UE privitoare la serviciile digitale prevede acest acces, dar se bazează în continuare pe cooperarea platformelor, iar platformele ar putea extinde accesul la alte regiuni. Un acces mai extins ar îmbunătăți înțelegerea riscurilor asociate cu sfaturile medicale ale influencerilor care induc în eroare și răspândirea lor dincolo de granițe. De asemenea, platformele pot să stabilească standarde profesionale, să implementeze instruire obligatorie și să aplice sancțiuni pentru influenceri – incluzând restricționarea posibilității ca aceștia să câștige bani folosind platforma sau excluderea lor – atunci când sunt încălcate standardele.

Alți actori sociali pot avea și ei o contribuție. Unii influenceri pot să participe la instruire, să distribuie informații bazate pe dovezi și să se implice în campanii de sănătate publică.[23, 28] Utilizatorii pot ajuta prin corectarea sfaturilor greșite în cadrul rubricilor de comentarii ori prin raportarea postărilor problematice prin instrumente integrate în platformă sau la instituțiile de reglementare naționale, precum UK Advertising Standards Authority.[29] Cunoașterea acestor mecanisme este, însă, redusă, iar pentru a răspunde, utilizatorii au nevoie de scepticism, de competențe digitale și de motivație. Mass-media tradițională și organizațiile care verifică informațiile pot demasca sfaturile dăunătoare, în vreme ce profesioniștii din domeniul medical pot contracara dezinformarea în timpul consultațiilor. Instituțiile din sectorul sănătății pot colabora cu influencerii pentru a furniza mesaje bazate pe dovezi, iar organizațiile pacienților pot mobiliza comunitățile pentru a discuta despre sfaturile care circulă dintr-o perspectivă critică. Majoritatea acestor măsuri sunt, însă, reactive și depind de finanțare susținută și de sprijinul guvernului.

Nu există o singură soluție

Toate aceste măsuri se confruntă cu obstacole, iar reglementarea platformelor și activității influencerilor nu este simplă. Platformele sunt organizații comerciale puternice, dispunând de resurse substanțiale pentru promovare,[30] iar influencerii sunt creatori de conținut profitabil. Pentru a rezista reglementării, platformele invocă libertatea de exprimare – chiar și în cazul conținutului care induce în eroare. Tactici similare au fost observate de mult timp în alte dispute din sănătatea publică, inclusiv cele folosite de industriile tutunului, alcoolului și alimentelor, care au acuzat reglementarea ca fiind un atac asupra libertății individuale de-a alege și au descris statul ca pe un leviatan politic. Guvernele nu trebuie să fie descurajate de aceste tentative. O reglementare

Scanned with OKEN Scanner

eficientă implică voință politică, în special în fața rezistenței opuse de industrie. Legea UE privind serviciile digitale (DSA) reprezintă o încercare de a spori responsabilitatea platformelor. Dacă este asigurată cooperarea platformei și aplicarea legii se dovedește eficientă, aceasta poate servi ca model pentru alte legislații. De exemplu, legea britanică pentru siguranța online are obiective similare, dar vizează, în principal, conținutul ilegal și siguranța copiilor, fără a impune în mod explicit supravegherea sfaturilor medicale calificate, dar dăunătoare, destinate adulților. Autoritățile de reglementare vor avea nevoie și de căi mai bune de a impune responsabilitatea influencerilor. În prezent, încălcarea regulilor legate de publicitate se soldează, adesea, doar cu trimiterea unor scrisori de avertizare sau cu eliminarea conținutului, efectul descurajator al acestora fiind limitat.[8] Reglementările mai stricte din Italia și Franța urmăresc creșterea sancțiunilor, dar rămâne incert dacă respectarea lor poate fi monitorizată în mod eficient sau dacă ele sporesc efectiv răspunderea, în special peste granițe. De exemplu, utilizatorii pot întâlni în continuare conținut în limba engleză, inclusiv reclame la medicamente din SUA. Acordurile internaționale și implementarea restricțiilor geografice pentru produsele

Nu există o soluție cu caracter universal, dar eforturile combinate pe mai multe fronturi pot induce o schimbare semnificativă

reglementate destinate sănătății pot oferi o protecție suplimentară prin limitarea accesului la un astfel de conținut în funcție de locație. Alte măsuri se confruntă cu constrângeri similare. Adeseori, verificarea informațiilor nu reușește să ajungă la publicul țintă, iar dovezile că instruirea influencerilor determină o schimbare a comportamentului pe scară largă sunt limitate.[28] Educația publicului cu scopul de-a ajuta utilizatorii să evalueze în mod critic sfaturile medicale necalificate este urgent necesară, dar va fi nevoie de timp pentru ca astfel de eforturi să dea rezultate. Ca urmare, este importantă și implicarea influencerilor în partajarea sfaturilor bazate pe dovezi, în special pentru grupurile greu accesibile.[23] Finanțarea publică a unor asemenea inițiative nu va putea concura, însă, cu resursele financiare mult mai mari ale colaborărilor cu industria. Nu există o singură soluție universală, dar eforturile combinate pe mai multe fronturi pot induce o schimbare semnificativă. Strategiile necesare includ o reglementare eficientă, o responsabilitate mai mare a platformelor și influencerilor și emanciparea utilizatorilor prin educație țintită și accesul la informații de încredere, verificate. Împreună, astfel de strategii pot facilita crearea unui mediu informațional mai sigur, în care influencerii să fie surse de sfaturi pentru sănătate constructive, nu dăunătoare.

Raffael Heiss, profesor
Raffael.Heiss@mci.edu

Elena Engel, doctorand

Sascha Gell, doctorand,
Management Center
(Centrul de Management) Innsbruck,
Innsbruck, Austria

Steve Wolshin,
Dartmouth Institute for Health Policy
and Clinical Practice (Institutul
pentru Politici de Sănătate și
Practică Clinică), Colegiul Dartmouth,
Lebanon, SUA

Sneha Dave, Generation Patient
(organizație non-profit a pacienților),
Indianapolis, SUA

Erin Willis,
Universitatea Colorado Boulder,
Boulder, SUA

ANALYSIS

Responding to public health challenges of medical advice from social media influencers

A se cita: *BMJ* 2025;391:e086061

Găsiți versiunea completă, cu bibliografie, la:
doi: 0.1136/bmj.e086061

Traducere:
Dr. Roxana Țucra

Scanned with OKEN Scanner

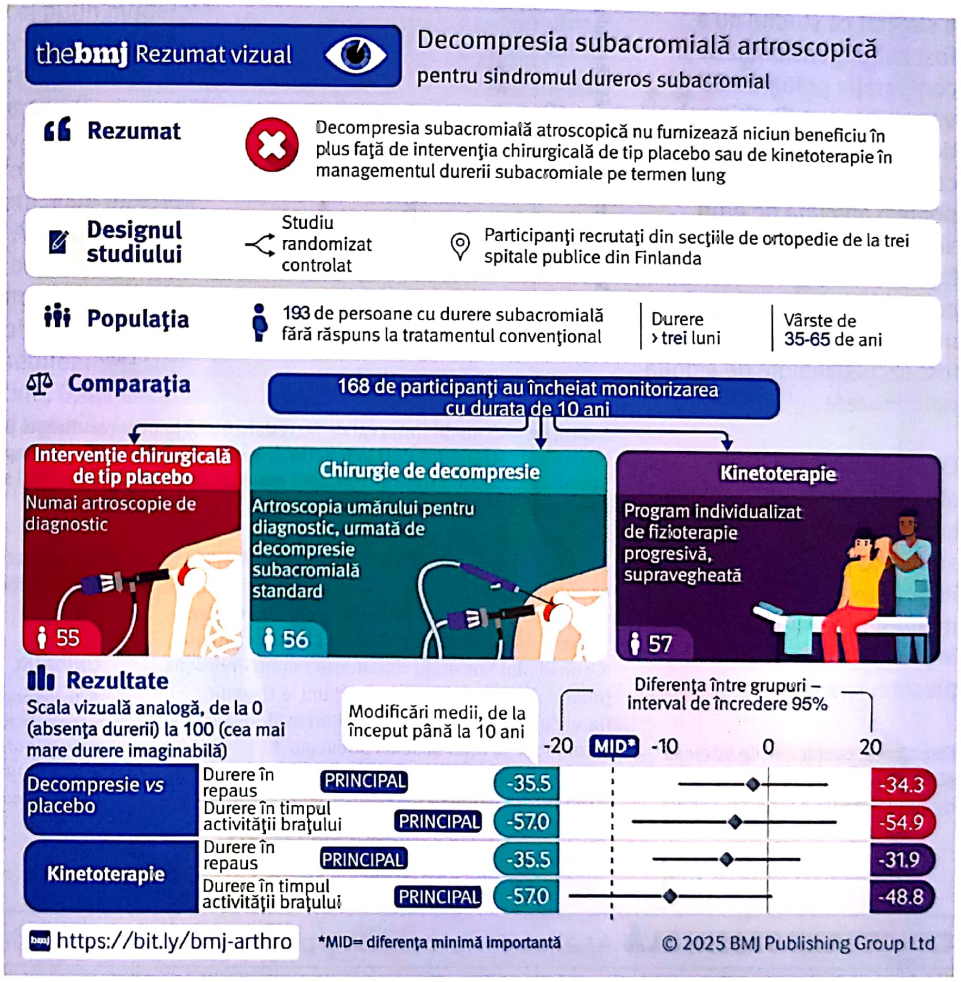
CERCETARE ORIGINALĂ 10 ani de monitorizare a FIMPACT

Decompresia subacromială atroscopică *versus* intervenția chirurgicală de tip placebo pentru sindromul dureros subacromial

Kanto K, Bäck M, Ibounig T şi colab., din partea investigatorilor studiului finlandez controlat al artroscopiei în impingementul umărului (FIMPACT)

Întrebarea studiului Cât de eficace este decompresia subacromială atroscopică (ASD) comparativ cu intervenţia chirurgicală de tip placebo sau cu terapia prin exerciţii fizice (kinetoterapia) pe termen lung la pacienţii cu sindrom dureros subacromial?

Metode Actualul studiu a constat în monitorizarea, timp de 10 ani, a unui studiu de superioritate randomizat desfăşurat în trei spitale publice din Finlanda. Două sute zece adulţi cu vârste de 35-65 de ani, având simptome concordante cu sindromul dureros subacromial, au fost randomizaţi la ASD (n=59), la intervenţie chirurgicală de tip placebo (artroscopie de diagnosticş n=63) sau la kinetoterapie (n=71). O sută şaizeci şi opt de participanţi (87%) au încheiat monitorizarea cu durata de 10 ani. Cele două rezultate principale urmărite au fost durerea de umăr în repaus şi durerea în timpul activităţii braţului, măsurate pe o scală vizuală analogă (VAS) 0-100 (variind de la 0 la 100, unde 0 indică absenţa durerii). A fost folosită o abordare de tip intenţie de a trata pentru a compara ASD cu intervenţia chirurgicală de tip placebo. O analiză pragmatică exploratorie a comparat ASD cu kinetoterapia ca alternativă nechirurgicală, utilizând întregul set de analiză.



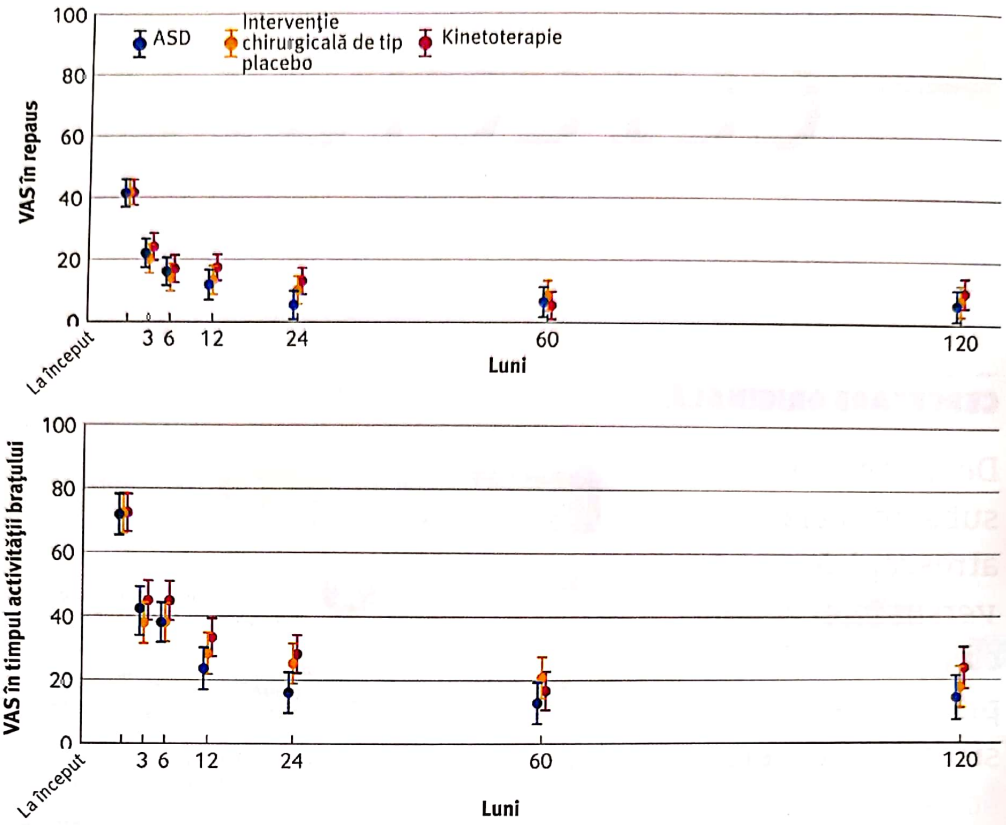
Răspunsul şi limitele studiului În analiza primară a intenţiei de a trata nu au fost observate diferenţe între grupuri în privinţa celor două rezultate principale la 10 ani: diferenţa medie dintre grupuri (ASD minus intervenţia chirurgicală de tip placebo) a fost de −1,5 puncte [interval de încredere (CI) 95% între −8,6 şi 5,6] în scorul durerii VAS în repaus şi de −3,2 puncte (între −13 şi 6,5) în scorul durerii VAS în timpul activităţii braţului. În comparaţia pragmatică, diferenţa medie

Scanned with OKEN Scanner

între grupuri (ASD minus kinetoterapie) a fost de −4 puncte (între −11 şi 3) în scorul durerii VAS în repaus şi de −9,4 puncte (între −19 şi 0,3) în scorul durerii VAS în timpul activităţii braţului. Limitele au inclus dimensiunea studiului, proiectată pentru rezultate la doi ani, şi pierderea unor cazuri în timpul monitorizării, cu toate că mărimea eşantionului rămas a sugerat că studiul nu a fost subdimensionat. Deşi comparaţia primară ASD *versus* intervenţia chirurgicală de tip placebo a fost robustă, comparaţia cu kinetoterapia poate fi afectată de erori sistematice ca urmare a faptului că studiul nu a fost conceput în regim orb şi că unii pacienţi chirurgicali au fost excluşi înainte de a doua randomizare.

Ce aduce nou prezentul studiu La pacienţii cu sindrom dureros subacromial, ASD nu a oferit, în timpul celor 10 ani de monitorizare, niciun beneficiu în plus faţă de operaţia de tip placebo sau de kinetoterapie.

Finanţarea, conflictele de interese şi comunicarea datelor Finanţat de Fundaţia Sigrid Juselius, Fondul de stat pentru cercetarea în domeniul sănătăţii la nivel universitar (Spitalele Universitare din Tampere şi Helsinki), Academia Finlandeză şi Fundaţia Jane şi Aatos Erkko. Autorul TI declară că este membru al consiliului Societăţii Finlandeze pentru Chrirurgia Umărului şi Cotului şi deţine acţiuni la Osgenic. Datele pe care se bazează rezultatele studiului sunt disponibile în mod deschis publicului la https://doi.org/10.23729/fd-d323a34b-f698-3bc6-b38d-9c93aeadbe74.



Scorurile VAS medii (interval de încredere 95%) pentru rezultatele principale (durerea de umăr în repaus şi în timpul activităţii braţului) în funcţie de grupul de intervenţie în timpul perioadei de monitorizare de 10 ani. Scorurile variază între 0 şi 100, cele mai mari denotând durere mai severă. ASD=decompresia subacromială atroscopică; VAS=scala vizuală analogă

Înregistrarea studiului
ClinicalTrials.gov NCT00428870

ORIGINAL RESEARCH

Arthroscopic subacromial decompression *versus* placebo surgery for subacromial pain syndrome
A se cita: *BMJ* 2025;391:e086201
Găsiţi articolul la: doi: 10.1136/bmj-2025-086201

CERCETARE ORIGINALĂ Analiză de tip umbrelă şi platformă pentru luarea deciziilor în comun

Beneficii şi efecte adverse ale intervenţiilor pentru ADHD

Gosling CJ, Garcia-Argibay M, De Prisco M şi colab.

Întrebarea studiului Care sunt efectele şi certitudinea dovezilor asociate cu intervenţiile medicamentoase şi nemedicamentoase pentru persoanele cu tulburare de hiperactivitate/deficit de atenţie (ADHD) pe parcursul vieţii?

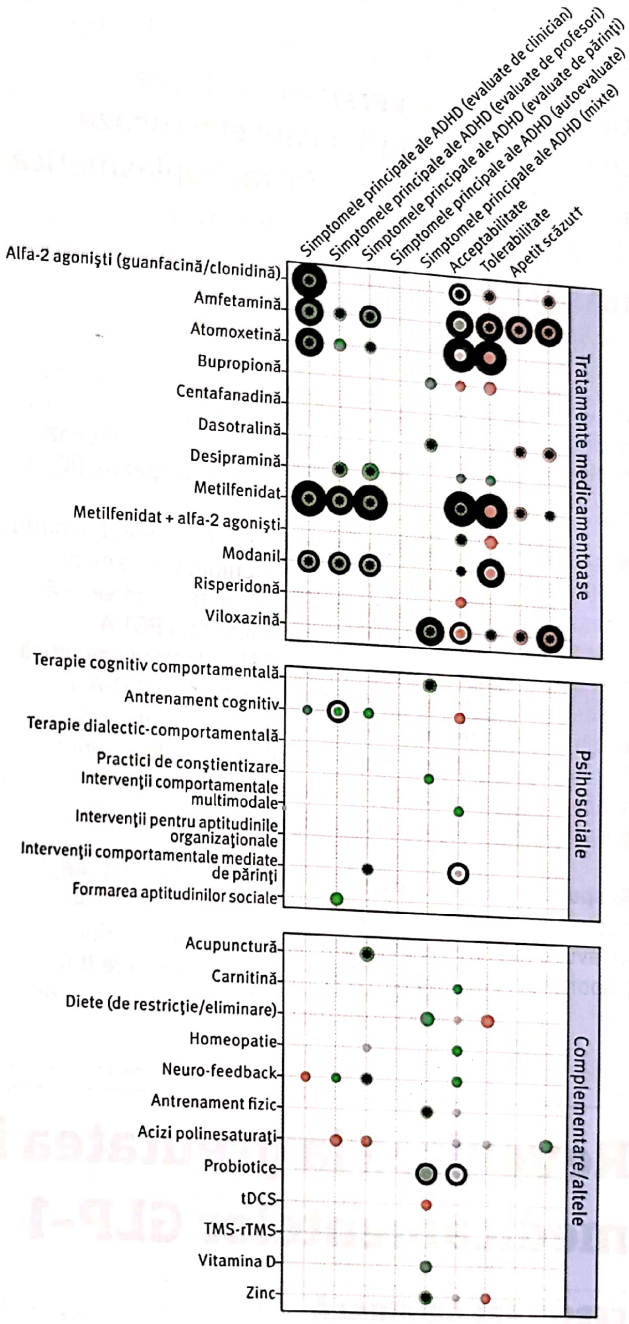
Metode Actuala analiză de tip umbrelă a sintetizat dovezi din 47 de analize sistematice şi rapoarte meta-analitice ale studiilor randomizate controlate ale intervenţiilor ADHD, generând un eşantion final de 221 de meta-analize reestimate pentru fiecare combinaţie unică de participanţi, intervenţii, comparatori şi rezultate. Au fost incluse studiile în care participanţii aveau diagnostic de ADHD conform criteriilor recunoscute la nivel internaţional. Analiza a evaluat intervenţii medicamentoase ori nemedicamentoase comparate cu controale pasive (persoane tratate cu placebo sau aflate pe lista de aşteptare). Rezultatele principale avute în vedere au fost severitatea simptomelor de ADHD, numărul de persoane care s-au retras din studii indiferent de motiv (acceptabilitatea) şi numărul de participanţi care au renunţat ca urmare a efectelor adverse (tolerabilitatea).

Scanned with OKEN Scanner

Răspunsul şi limitele studiului Dacă sunt luate în considerare dovezile de certitudine moderată ori ridicată în privinţa copiilor şi adolescenţilor, numai intervenţiile medicamentoase (alfa-2 agoniştii, amfetaminele, atomoxetina, metilfenidatul şi viloxazina) au indus reduceri medii şi mari ale simptomelor de ADHD pe termen scurt. Metilfenidatul a relevat beneficii constante la participanţi conform evaluărilor [diferenţa medie standardizată ›0,75, interval de încredere (CI) 95% 0,56–1,03; dovezi de certitudine moderată sau ridicată] şi o acceptabilitate semnificativ mai mare decât placebo (raportul probabilităţilor 1,58, CI 95% 1,35–1,85; dovezi de certitudine înaltă). Intervenţiile medicamentoase cu dovezi ale unui efect benefic asupra simptomelor ADHD de certitudine cel puţin moderată au avut o tolerabilitate mai scăzută decât placebo, dar acest efect nu a fost semnificativ statistic în cazul metilfenidatului şi atomoxetinei. La adulţi, un număr mai mic de intervenţii (cele cognitiv comportamentale, atomoxetina şi metilfenidatul) au fost sprijinite de dovezi de certitudine moderată spre ridicată, care au arătat reduceri medii ale simptomelor de ADHD. Medicamentele cu efect benefic asupra simptomelor ADHD pe baza dovezilor de certitudine cel puţin moderată au indicat o tolerabilitate mai scăzută decât placebo, conform unor dovezi de certitudine mare (metilfenidat, raportul riscului 0,50, 0,36–0,69; atomoxetină, 0,45, 0,35–0,58). Una dintre principalele limite a fost lipsa dovezilor de certitudine înaltă privind efectele pe termen lung ale oricărui tratament pentru ADHD evaluat în orice grupă de vârstă.

Ce aduce nou prezentul studiu Această analiză a arătat că efectele intervenţiilor pentru ADHD diferă în funcţie de vârstă şi de tipul de tratament. Dovezi de calitate moderată spre înaltă au sprijinit beneficiile pe termen scurt ale unor tratamente medicamentoase specifice pe parcursul vieţii unei persoane cu ADHD şi beneficiile pe termen scurt ale intervenţiilor cognitiv comportamentale la adulţi. Toate dovezile de calitate înaltă, au fost, însă, limitate la un termen scurt. Rezultatele obţinute sunt prezentate pe o platformă online acutalizată continuu (https://ebiadhd-database.org), furnizând o resursă demnă de încredere şi uşor de utilizat pentru pacienţi, clinicieni şi autori de ghiduri, cu scopul de a sprijini luarea deciziilor în comun.

Finanţarea, conflictele de interese şi comunicarea datelor Consultaţi articolul complet pe bmj.com pentru detalii despre finanţare şi conflicte de interese. Toate datele şi rezultatele sintetizate sunt disponibile public pe platforma online a studiului la https://github.com/CorentinJGosling/EBI ADHD-UR-2025.



Diagramă de dispersie care arată direcţia dimensiunilor efectelor cumulate la copii şi adolescenţi pentru rezultatele principale şi efectele adverse cele mai importante ale fiecărei combinaţii de participanţi, intervenţii, comparatori şi rezultate. Culoarea gri reprezintă absenţa unui efect clinic relevant (-0,20 ‹ diferenţa medie standardizată ‹ 0,20, 0,80 ‹ raportul probabilităţilor ‹ 1,25), verde reprezintă un efect pozitiv, iar roşu, un efect negativ. Cu cât sunt mai mari punctele, cu atât este mai mare dimensiunea efectului cumulat. *P ‹0,05 reprezintă semnificaţia statistică. Clasificarea certitudinii dovezilor: fără inel în jur = certitudine foarte scăzută, cu inel subţire în jur = certitudine scăzută, cu inel gros în jur = certitudine moderată, cu inel mare şi gros în jur = certitudine mare. †Efect advers. ADHD = tulburare de hiperactivitate/deficit de atenţie. tDCS= stimulare electrică transcraniană directă. TMS-rTMS = stimulare (repetitivă) magnetică transcraniană

ORIGINAL RESEARCH
Benefits and harms of ADHD interventions
A se cita: *BMJ* 2025;391:e085875
Găsiţi articolul la: doi: 10.1136/bmj-2025-085875

Scanned with OKEN Scanner

CERCETARE ORIGINALĂ Studiu randomizat controlat, în regim deschis, desfăşurat în mai multe centre

Testarea genetică pentru aneuploidie preimplantare *versus* netestarea genetică a cuplurilor care efectuează procedura de injecţie intracitoplasmatică de spermă pentru infertilitatea masculină severă

Lin X, Wu D, Zhang C şi colab.

Întrebarea studiului Testarea genetică pentru aneuploidie preimplantare (PGT-A) îmbunătăţeşte ratele naşterilor vii la cuplurile cu infertilitate masculină severă care efectuează procedura de injecţie intracitoplasmatică de spermă (ICSI)?

Metode Un studiu randomizat controlat, desfăşurat în patru centre de medicină reproductivă din China, a repartizat aleatoriu 450 de cupluri cu infertilitate masculină severă (1:1) la ICSI cu PGT-A (n=225) sau la ICSI fără PGT-A (n=225). Grupul cu PGT-A a primit ICSI cu testarea genetică a blastocistului înainte de transfer, iar cel fără PGT-A a primit ICSI fără testare. Rezultatele principale urmărite au fost naşterea de făt viu după primul transfer de embrion şi naşterea vie cumulată până la trei cicluri de transfer în decurs de 12 luni după randomizare.

Răspunsul şi limitele studiului 109 (48,4%) şi 104 (46,2%) cupluri din grupurile cu PGT-A şi, respectiv, fără PGT-A au avut o naştere vie după primul transfer de embrion [raportul probabilităţilor 1,09; interval de încredere (CI) 95% 0,76–1,58), P=0,64]. Ratele naşterilor vii cumulate *per* femeie au fost 60,4% (136/225) şi 60,9% (137/225) în grupurile cu PGT-A şi, respectiv, fără PGT-A (raportul probabilităţilor 0,98, CI 95% 0,67–1,43, P=0,92). În grupul cu PGT-A, pierderile de sarcini au fost semnificativ mai reduse după primul transfer de embrion [13 (5,8%) *vs* 43 (19,1%); 0,26 (0,14–0,50), P ‹0,01], ca şi pierderile de sarcini cumulate [25 (11,1%) *vs* 51 (22,7%); 0,43 (0,25–0,72), P=0,001] comparativ cu grupul fără PGT-A. Sunt necesare, însă, noi studii cu o monitorizare mai îndelungată şi cu populaţii care să genereze mai mulţi embrioni.

Ce aduce nou prezentul studiu Acest studiu nu a constatat nicio îmbunătăţire a ratelor naşterilor vii, dar a arătat o rată mai mică a pierderilor de sarcini după aplicarea PGT-A în cazul cuplurilor cu infertilitate masculină severă care efectuează ICSI.

Finanţarea, conflictele de interese şi comunicarea datelor Sprijinit, în principal, de subvenţii de la Fundaţia Naţională pentru Ştiinţele Naturale din China (82088102). Autorul BWM a primit finanţare pentru consultanţă, călătorii şi cercetare de la Merck, precum şi onorarii pentru consultanţă de la Organon şi Norgine. BWM deţine acţiuni la ObsEva. Datele individuale anonimizate vor fi disponibile la cerere.

Înregistrarea studiului ClinicalTrials.gov NCT02941965

ORIGINAL RESEARCH

Preimplantation genetic testing for aneuploidy *versus* no genetic testing in couples undergoing intracytoplasmic sperm injection for severe male infertility

A se cita: ***BMJ*** **2025;391:e084050**

Găsiţi articolul la: doi: 10.1136/bmj-2025-084050

Revenirea la greutatea iniţială după oprirea medicamentelor GLP-1

CERCETARE ORIGINALĂ Sinteză sistematică şi meta-analiză

Revenirea la greutatea iniţială după oprirea medicaţiei pentru managementul greutăţii

West S, Scragg J, Aveyard P şi colab.

Întrebarea studiului Care este rata revenirii la greutatea corporală iniţială după oprirea medicaţiei pentru managementul greutăţii (WMM) la adulţii cu exces ponderal sau cu obezitate?

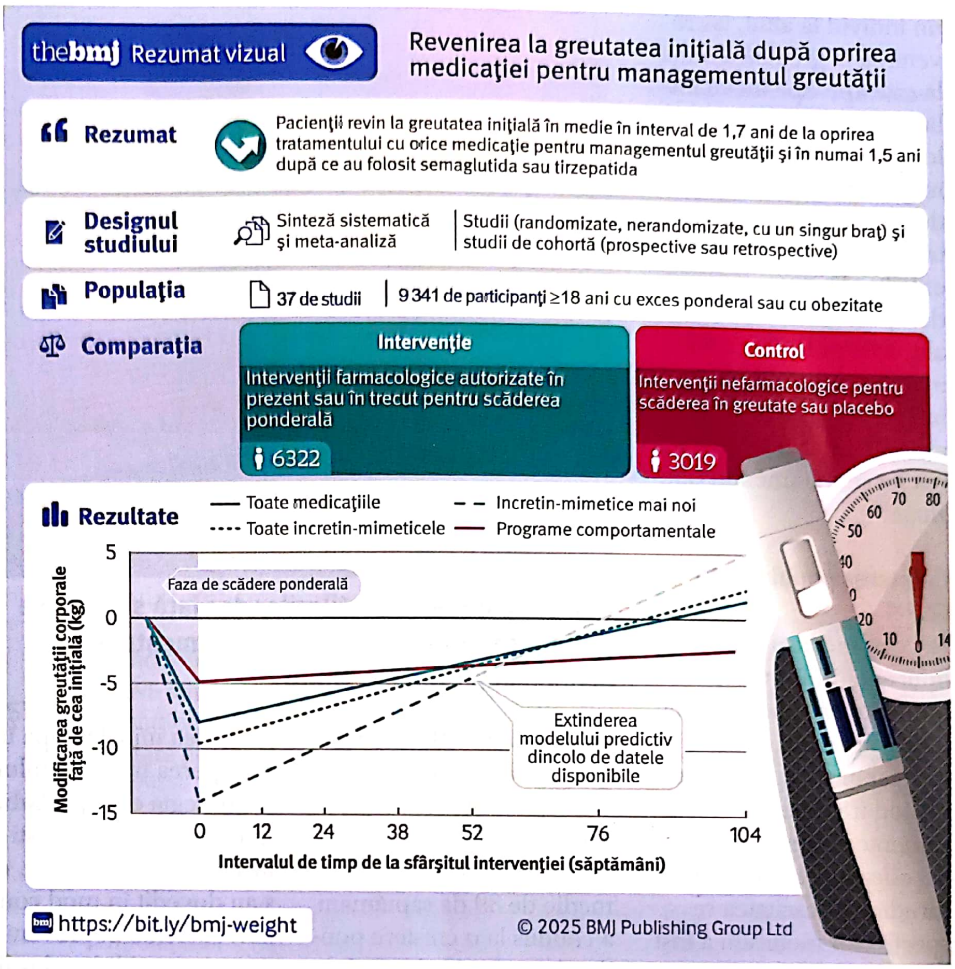
Metode Actuala analiză a urmat recomandările ghidului "Articole preferate pentru raportare în sintezele sistematice şi meta-analize". Pentru identificarea studiilor clinice randomizate, a celor nerandomizate şi a studiilor observaţionale ce au inclus WMM (≥ opt săptămâni), cu monitorizare ≥ patru săptămâni după oprirea WMM la adulţii (≥18 ani) cu exces ponderal sau cu obezitate au fost consultate Medline, Embase, PsycINFO, CINAHL, Cochrane, Web of Science şi registrele de studii clinice de la înfiinţare până în februarie 2025. Datele au fost analizate folosindu-se ca modele efectul mixt, meta-regresia şi timpul scurs până la eveniment. Revenirea la greutatea corporală iniţială după oprirea WMM a fost comparată cu cea raportată după încheierea programelor comportamentale pentru managemen-

Scanned with OKEN Scanner

tul greutății. Rezultatul principal a fost rata revenirii la greutatea inițială. Rezultatul secundar a constat în modificările asociate ale markerilor cardiometabolici: hemoglobina glicozilată, glucoza *à jeun*, colesterolul total, trigliceridele și tensiunea arterială sistolică și cea diastolică.

Răspunsul și limitele studiului
Au fost incluse în total 37 de studii (63 de brațe de intervenție, 9 341 de participanți). Rata lunară medie a revenirii la greutatea corporală inițială a fost de 0,4 kg/lună: interval de încredere 95% 0,3–0,5 [model mixt 0,3 kg (0,2–0,4) *versus* control în studiile randomizate controlate]. Toți markerii cardiometabolici au fost estimați să revină la valorile inițiale în 1,4 ani după oprirea WMM. Rata lunară a revenirii la greutatea inițială a fost mai mare după WMM decât după programele comportamentale pentru managementul greutății (cu 0,3 kg, 0,22–0,34), independent de scăderea ponderală inițială. Principalele limite au inclus numărul redus de studii care au folosit medicamente incretin-mimetice mai noi și mai eficiente și durata scurtă de monitorizare după oprirea tratamentului.

Ce aduce nou prezentul studiu
Această analiză a arătat că oprirea WMM a fost urmată de revenirea rapidă la greutatea inițială și anularea efectelor benefice asupra markerilor cardiometabolici. Îngrășarea după WMM a fost mai rapidă decât după programele comportamentale pentru managementul greutății.



Finanțarea, conflictele de interese și comunicarea datelor Acest proiect a fost finanțat parțial de National Institute of Health and Care Research Oxford Biomedical Research Centre (Centrul de Cercetare Biomedicală al Institutului Național de Cercetare în Sănătate și Îngrijiri Oxford). Consultați articolul complet pe bmj.com pentru conflictele de interese. Datele pot fi disponibile pentru investigatori în urma cererii adresate autorului corespondent prin email.

Înregistrarea sintezei sistematice
PROSPERO CRD42024532069

ORIGINAL RESEARCH
Weight regain after cessation of medication for weight management
A se cita: *BMJ* 2026;392:e085304
Găsiți articolul la: doi: 10.1136/bmj-2025-085304

COMENTARIU Medicamentele pentru managementul greutății nu sunt soluția magică pentru tratamentul obezității

Obezitatea este una dintre marile probleme de sănătate publică și clinică la nivel global, incluzând atât țările industrializate, cât și cele cu venituri mai mici, ca India și Egipt. De exemplu, prevalența obezității la adulți a atins 40,3% în SUA[1] și 26,2% în Regatul Unit.[2] Obezitatea și excesul în greutate predispun la un risc crescut de apariție a numeroase boli cronice, incluzând diabetul de tip 2, afecțiuni cardiovasculare și anumite tipuri de cancer, alături de declinul funcției cognitive, demență și deces prematur.[3]

Din nefericire, obezitatea nu este o boală ușor de tratat și de gestionat. Există numeroase recomandări de modificare a dietei și stilului de viață pentru a-i ajuta pe clinicieni să trateze pacienții cu această afecțiune. Este bine cunoscut, însă, faptul că efectele variază de la

Scanned with OKEN Scanner

un individ la altul, iar revenirea la greutatea inițială este aproape inevitabilă la majoritatea persoanelor care au pierdut inițial în greutate. Procedurile de tipul chirurgiei bariatrice par să fie mai eficiente în obținerea unei scăderi ponderale substanțiale, de durată, deși natura invazivă a unor astfel de intervenții și alte probleme asociate limitează aplicarea lor în tratamentul obezității.[4]

Creșterea popularității GLP-1

Recent, medicamentele de tipul agoniștilor receptorilor peptidei 1 asemănătoare glucagonului (GLP-1) au câștigat în popularitate, devenind tratamentele medicamentoase preferate pentru obezitate și afecțiunile înrudite. Eficacitatea respectivelor medicații a fost demonstrată în mod colectiv în studiile clinice, care au arătat că utilizarea agoniștilor receptorilor GLP-1 poate conduce la o scădere ponderală cu 4,6 kg sau o reducere > două unități a indicelui masei corporale.[5] Deși eficacitatea acestor medicații este foarte încurajatoare, consecințele opririi tratamentului nu au fost investigate sistematic înainte ca West și colegii săi să efectueze sinteza sistematică și meta-analiza de față.[6] Investigația lor este oportună, deoarece, așa cum au subliniat autorii, observațiile din practica medicală de zi cu zi au sugerat că o mare proporție a pacienților vor întrerupe tratamentul cu un agonist al receptorilor GLP-1 într-un interval de 12 luni după inițiere.[7] Rezultatele meta-analizei efectuate de West și colegii săi au indicat faptul că sistarea tratamentului după o perioadă medie de 39 de săptămâni a condus la o creștere ponderală cu 0,4 kg/lună, determinând revenirea greutății corporale la valorile inițiale în mai puțin de doi ani.

Practicile dietelor și stilurilor de viață sănătoase trebuie să rămână la temelia tratamentului și managementului obezității

Rezultatele nu sunt surprinzătoare, fiind bine documentat faptul că o complianță redusă sau oprirea intervențiilor axate pe dietă și pe stilul de viață generează aceleași tipare de revenire la greutatea inițială. Cu toate acestea, rezultatele studiului au pus sub semnul întrebării ideea că agoniștii receptorilor GLP-1 reprezintă un tratament perfect pentru obezitate. Problemele de genul costurilor mari, efectelor adverse și inconvenienței injecțiilor sunt printre motivele frecvente ale întreruperii medicației.[7,8] Cum se gestionează revenirea la greutatea inițială după întreruperea tratamentului? O strategie este, probabil, trecerea la diete și la stiluri de viață sănătoase, ce s-au dovedit în mod constant eficiente în prevenirea recuperării surplusului ponderal în studii observaționale cu monitorizare extinsă,[9] deși sunt necesare cercetări suplimentare pentru a studia revenirea la greutatea inițială a persoanelor care adoptă un stil de viață mai sănătos după oprirea tratamentului cu agoniștii receptorilor GLP-1.

Beneficii durabile

Scăderea considerabilă în greutate, chiar dacă este urmată de o creștere ponderală, poate avea consecințe benefice pe termen lung pentru persoanele cu obezitate.[10] Participanții la studiul Programului de prevenție a diabetului au obținut o scădere în greutate cu 5-7% printr-o intervenție structurată pentru adoptarea unui stil de viață sănătos.[11] Chiar dacă, ulterior, pacienții din grupul cu intervenție asupra stilului de viață au crescut din nou în greutate, incidența cumulată a diabetului a fost mai mică în acest grup decât în cel tratat cu placebo. În studiile observaționale, persoanele cu obezitate care au pierdut intenționat ≥4,5 kg din greutate prin diverse strategii, variind de la modificări ale dietei la programe comerciale pentru scăderea ponderală, au avut o incidență a diabetului semnificativ mai mică din punct de vedere statistic decât persoanele cu caracteristici similare care nu au încercat să scadă în greutate.[12] O rezervă este, totuși, aceea că persoanele aflate în intervalul sănătos al indicelui masei corporale (18,5–24,9) care au scăzut în greutate în mod intenționat prin astfel de strategii (cu excepția exercițiilor fizice), au avut un risc crescut de a dezvolta diabet comparativ cu persoanele similare care nu au încercat să scadă în greutate. Acest fenomen este generat, probabil, de mecanismul de "depășire a grăsimii inițiale" prin care oamenii cu un indice al masei corporale sănătos pierd mai multă masă slabă decât cei cu obezitate, iar atunci când revin la greutatea inițială au o creștere mai mare a masei grase decât a celei slabe.[13] Agoniștii receptorilor GLP-1 nu trebuie să fie considerați un tratament magic care vindecă obezitatea. Deși o scădere ponderală considerabilă, chiar dacă este temporară, poa-

Scanned with OKEN Scanner

te aduce unele beneficii pentru sănătatea persoanelor cu obezitate, utilizatorii de agoniști ai receptorilor GLP-1 trebuie să cunoască rata mare a întreruperii tratamentului și consecințele opririi medicației. Practicile dietelor și stilurilor de viață sănătoase trebuie să rămână la temelia tratamentului și managementului obezității, iar medicațiile de genul agoniștilor receptorilor GLP-1 să fie folosite ca adjuvante. Astfel de practici nu ajută numai la prevenirea excesului ponderal, ci conduc și la obținerea multor alte beneficii pentru sănătate în afară de controlul greutății. Se impune aplicarea unor măsuri eficiente de sănătate publică, precum taxarea băuturilor cu conținut de zahăr, etichetarea clară a alimentelor și subvențiile pentru fructe și legume proaspete, având ca scop facilitarea aderenței și îmbunătățirea calității dietei.

Qi Sun
qisun@hsph.harvard.edu

Detalii despre autor pe bmj.com

COMMENTARY Weight management drugs are no magic bullets for treating obesity

A se cita: *BMJ* 2026;392:r2586

Găsiți versiunea integrală, cu bibliografie, la: http://doi.org/10.1136/bmj.r2586

Conservanții și riscul de cancer

CERCETARE ORIGINALĂ Emularea unui studiu țintă

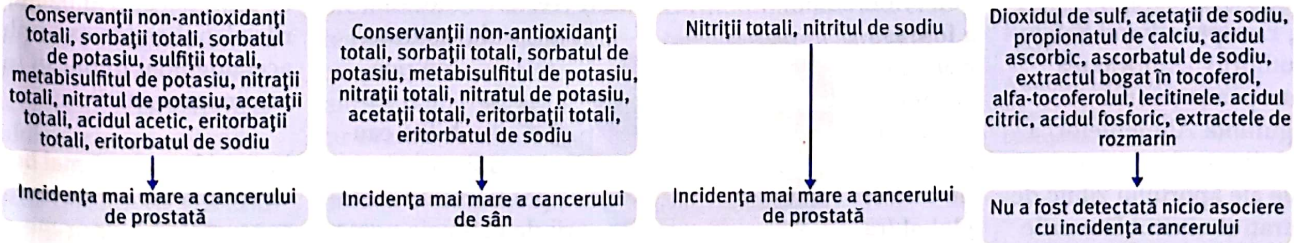
Consumul de aditivi alimentari conservanți și incidența cancerului

Hasenböhler A, Javaux G, Payen de la Garanderie M și colab.

Întrebarea studiului Care este asocierea între consumul de conservanți alimentari pe termen lung și incidența cancerului?

Metode Actualul studiu a inclus 105 260 de adulți (78,7% femei) din cohorta prospectivă franceză NutriNet Santé, în perioada 2009–2023. Aportul alimentar, incluzând mărcile industriale, a fost evaluat folosind înregistrările repetate ale alimentelor consumate în 24 de ore. Aportul cumulat de conservanți în funcție de timp a fost evaluat prin utilizarea bazelor de date cu compoziții multiple și cuantificarea dozelor de aditivi prin teste de laborator ad hoc în produsele alimentare, vizând cele mai frecvente perechi de aditivi- alimente. Modelele riscurilor proporționale Cox cu variabile multiple ajustate pentru factori de confuzie potențiali au caracterizat asocierile între consumul de conservanți (trei categorii de consumatori: definite ca treimi specifice sexului atunci când conservantul era ingerat de cel puțin o treime dintre participanți, iar în rest definite ca neconsumatori și consumatori de cantități mai mici sau mai mari, separate de mediana specifică sexului) și incidența cancerului.

Răspunsul și limitele studiului Participanții au completat, în medie, 21 de înregistrări ale alimentelor consumate [deviația standard (DS) 18]. În timpul unei perioade de monitorizare medii de 7,57 (SD 4,56) ani, 4 226 de participanți au primit un diagnostic de cancer incident (1 208 de sân, 508 de prostată, 352 colorectal și 2 158 alte cancere). Consumul mai ridicat al unor conservanți a fost asociat cu o incidență mai mare a cancerului: non-antioxidanții totali cu cancerul global [raportul probabilităților pentru consumatori *versus* neconsumatori sau consumatori de cantități mai mici 1,16 (interval de încredere 95% (CI) 1,07–1,26)]; riscul de cancer absolut la vârsta de 60 de ani (13,3%, 12,1%) și cancerul de sân [1,22 (1,05–1,41); 5,7%, 4,8%]; sorbații totali, în mod specific sorbatul de potasiu, cu cancerul global [1,14 (1,04–1,24); 13,4%, 11,8%] și cu cel de sân [1,26 (1,07–1,49); 5,7%, 4,6%]; sulfiții totali cu cancerul global [1,12 (1,02–1,24); 13,4%, 11,9%]; metabisulfitul de potasiu cu cancerul global [1,11 (1,03–1,20); 13,5%, 12,0%] și cancerul de sân [1,20 (1,04–1,38); 5,7%, 4,9%]; nitritul de sodiu cu cancerul de prostată [1,32 (1,02–1,70); 4,2%, 3,4%]; nitratul de potasiu cu cancerul global [1,13 (1,05–1,23); 14%, 12%] și cu cel de sân [1,22 (1,05–1,41); 5,9%, 4,8%]; acetații totali cu cancerul global [1,15 (1,06–1,25); 14,3%, 12,2%] și



Prezentarea succintă a principalelor asocieri între aditivii alimentari conservanți și incidența cancerului

Scanned with OKEN Scanner

cu cel de sân [1,25 (1,07–1,45); 6,1%, 4,9%]; acidul acetic cu cancerul global [1,12 (1,01–1,25); 14,4%, 12,4%] şi eritorbatul de sodiu cu cancerul global [1,12 (1,04–1,22); 13,5%, 11,9%] şi cu cel de sân [1,21 (1,04–1,41); 5,7%, 4,8%]. Deşi aceste rezultate au fost ajustate pentru o gamă largă de posibili factori de confuzie şi s-au dovedit a fi ferme în multiple analize ale sensibilităţii, nu pot fi complet excluşi factorii de confuzie reziduali. Sunt necesare studii suplimentare epidemiologice şi experimentale pentru a confirma rezultatele obţinute.

Ce aduce nou prezentul studiu În această cohortă prospectivă de mari dimensiuni au fost observate numeroase asocieri pozitive între aportul de conservanţi folosiţi pe scară largă în industria alimentară şi incidenţa mai mare a cancerului (global, de sân şi de prostată). Dacă vor fi confirmate, noile date impun reevaluarea reglementărilor folosirii conservanţilor în industria alimentară, pentru îmbunătăţirea protecţiei consumatorilor. În acelaşi timp, rezultatele obţinute sprijină recomandarea dată cumpărătorilor de a prefera alimentele proaspete, minim procesate.

Finanţarea, conflictele de interese şi comunicarea datelor Studiul NutriNet-Santé este finanţat de subvenţii şi instituţii publice franceze şi europene. Nu au fost declarate conflicte de interese. Cercetătorii de la instituţiile publice pot trimite o cerere de-a avea acces la date pentru analiza strictă a reproductibilităţii (acceptată sistematic) sau pentru o nouă colaborare (analizată de comitetul director al studiului NutriNet-Santé), la adresa collaboration@etude-nutrinet-sante.fr.

Înregistrarea sintezei sistematice ClinicalTrials.gov NCT03335644.

ORIGINAL RESEARCH

Intake of food additive preservatives and incidence preservatives and incidence of cancer

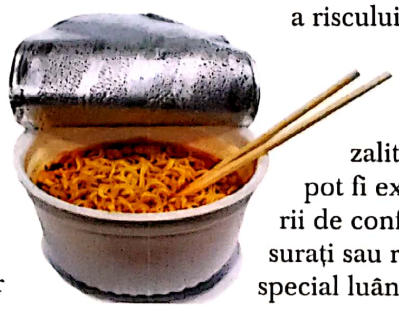
A se cita: *BMJ* 2026;392:e084917

Găsiţi articolul la: doi: 10.1136/bmj-2025-084917

COMENTARIU Efectele carcinogene potențiale ale aditivilor alimentari conservanți necesită validare suplimentară

Aditivii alimentari conservanți sunt utilizați pe scară largă în industria alimentară modernă pentru a prelungi durata de valabilitate prin inhibarea creșterii microbiene și încetinirea modificărilor chimice care determină alterarea.[1] Sunt semnalate îngrijorări tot mai mari cu privire la posibilele efecte ale unor conservanți asupra sănătății. De exemplu, studiile experimentale au arătat că nitrații și nitriții (conservanții adăugați la carnea procesată) pot fi transformați pe cale endogenă în compuși de tip N-nitrozo, cu efect carcinogen dovedit pentru animale și potențial pentru om.[2] Recunoscând riscurile, European Food Safety Authority (Autoritatea Europeană pentru Siguranța Alimentelor) a stabilit nivelurile acceptabile ale aportului zilnic de nitrați și nitriți.[3] Dovezile epidemiologice ale asocierii între aditivii conservanți și riscul de cancer rămân, însă, insuficiente, în mare parte din cauza datelor limitate referitoare la produsele specifice ale industriei alimentare consumate și a variației considerabile a nivelurilor aditivilor de la o marcă la alta.

În acest context, Hasenböhler și colegii săi au examinat amănunțit asocierea între expunerea la aditivii alimentari conservanți și riscul de cancer în cadrul unui studiu prospectiv de cohortă de mari dimensiuni din Franța, NutriNet-Santé, ce a inclus 105 260 de participanți adulți.[4] Consumul total de conservanți non-antioxidanți a fost asociat cu o creștere modestă a riscului de cancer global (raportul probabilităților 1,16 pentru comparația între treimea consumului specific sexului superioară și cea inferioară). Un important punct forte al studiului menționat a fost evaluarea detaliată a aportului de conservanți, prin înregistrările repetate ale alimentelor consumate în 24 de ore, asociate dinamic cu bazele de date privind compoziția alimentelor și completate prin teste de laborator ad hoc. Ajustarea pentru profilurile nutriționale, conservanții din surse naturale și alți aditivi alimentari asociați cu cancerul[5,6] a permis o evaluare mai clară a asocierii independente a aditivilor conservanți. Dată fiind creșterea modestă a riscului estimat, nu poate fi stabilită cauzalitatea și nu pot fi excluși factorii de confuzie nemăsurați sau reziduali, în special luând în considerare corelațiile strânse între unii conservanți și vectorii lor alimentari. De exemplu, nitriții și nitrații au fost consumați, în principal, în carnea procesată, iar sulfiții cu precădere în băuturile alcoolice – ambele fiind clasificate ca alimente cu potențial carcinogen pentru om.[7,8] Este incertă măsura în care asocierile observate (raportul probabilităților 1,32 între nitritul de sodiu și cancerul de prostată, 1,22 între nitratul de potasiu și cancerul de sân) pot fi atribuite altor constituenți și metaboliți ai cărnii procesate (de pildă, aminele heterociclice și hidrocarburile policiclice aromatice) și ai băuturile alcoolice (de exemplu, acetaldehida) implicați în carcinogeneză.[9-11]



Natural înseamnă mai bun

Creșterea cererii de către consumatori a unor metode de conservare "mai naturale" a generat o tre-

Scanned with OKEN Scanner

Rezultatele studiului NutriNet Santé pot determina agenţiile de reglementare să revizuiască politicile existente

cere de la alternativele artificiale la cele naturale.[1] În studiul realizat de Hasenböhler și colegii săi, conservanții naturali analizați au fost limitați la câțiva compuși: obținuți din plante (de pildă, extractul de rozmarin), din animale (de exemplu, lizozomul) și din microorganisme (de pildă, nizina). Autorii au consemnat o asociere inversă între extractul de rozmarin și cancerul colorectal, deși pe baza unor cazuri limitate. O analiză anterioară a aceleiași baze de date[12] a constatat că numai aditivii conținând nitriți și nitrați au fost asociați cu riscul de cancer, fără a se observa nicio asociere cu aportul total de nitriți ori nitrați sau consumul din sursele lor naturale. Autorii au emis ipoteza că potențialul carcinogen al nitriților și nitraților naturali poate fi redus de conținutul mare de antioxidanți din legume. Rămâne neclar dacă aditivii conservanți sintetici sunt mai nocivi decât conservanții naturali.

Studiul realizat de Hasenböhler și colegii săi a fost limitat de puterea statistică redusă pentru tipurile de cancer specifice anumitor zone, precum cancerul colorectal. Prioritățile cercetării viitoare includ efectuarea unor studii prospective mai mari și pe termen mai lung în populații diverse, a unor studii randomizate explorând modificările dietei (de exemplu, manipularea consumului de conservanți) și a unor investigații mecaniciste pentru elucidarea mecanismelor biologice ale apariției posibilelor riscuri. O direcție promițătoare este integrarea abordărilor multi-omice, precum metabolomul[13] și microbiomul,[14, 15] cu evaluările alimentației tradiționale pentru identificarea biomarkerilor sensibili și specifici ai aportului de conservanți.[16] În plus, din cauza variatelor substanțe aditive și chimice care coexistă frecvent în alimentele procesate, sunt necesare studii suplimentare epidemiologice și experimentale pentru a elucida efectele combinate și interactive ale conservanților cu alte componente chimice.

Este necesar echilibrul

Din perspectiva politicii, conservanții oferă beneficii clare prin prelungirea duratei de valabilitate și reducerea costurilor alimentelor, ce pot fi importante, în mod special pentru populațiile cu venituri mai mici. Utilizarea pe scară largă, și adesea insuficient monitorizată, a acestor aditivi, ca și incertitudinile privind efectele lor asupra sănătății pe termen lung, impun o abordare mai echilibrată. În prezent, US Food and Drug Administration (Administrația Alimentelor și Medicamentelor din SUA) evaluează siguranța aditivilor alimentari înainte de comercializare, dar nu există o metodă formală de analiză a aditivilor alimentari existenți în alimentele de pe piață.[17] Rezultatele studiului NutriNet-Santé pot determina agențiile de reglementare să revizuiască politicile existente – de exemplu, prin: stabilirea unor limite mai stricte de utilizare, obligativitatea etichetării mai clare și declararea obligatorie a conținutului de aditivi. În plus, inițiativele de monitorizare prin colaborare la nivel global, similare celor implementate pentru acizii grași trans și sodiu, ar putea sprijini evaluările riscului bazate pe dovezi,[6] ghidând modificarea compoziției produselor de către industria alimentară.[18, 19] La nivel individual, recomandările de sănătate publică au devenit mai categorice în privința reducerii consumului de carne procesată și alcool, oferind măsuri concrete, concomitent cu evoluția dovezilor referitoare la efectele carcinogene ale conservanților.

Xinyu Wang

Edward Giovannucci
egiovann@hsph.harvard.edu

Detalii despre autori pe bmj.com

COMMENTARY Potential carcinogenic effects of preservative food additives require further validation

A se cita: *BMJ* 2026;392:r2613

Găsiți versiunea integrală, cu bibliografie, la:
http://doi.org/10.1136/bmj.r2613

Traducere:
Dr. Roxana Țucra

Scanned with OKEN Scanner

SĂNĂTATEA INIMII ÎNCEPE CU UN SCREENING SIMPLU

Bolile cardiovasculare sunt principala cauză de deces în România

Potrivit Institutului Național de Sănătate Publică (INSP), analiza de situație din 2024 confirmă impactul major al acestor afecțiuni și necesitatea unor măsuri eficiente de prevenție și depistare precoce.

În acest context, accesul facil la servicii de testare devine esențial, mai ales pentru persoanele care nu ajung frecvent la controale medicale. Un control simplu, realizat la momentul potrivit, poate face diferența dintre prevenție și apariția unor complicații grave.

Fundația Dr. Max a lansat în 2025 prima ediție a Caravanei pentru Grijă, dedicată prevenției diabetului, ajungând în 16 orașe din România și facilitând accesul la testări pentru numeroși beneficiari. **În 2026, inițiativa continuă și se extinde,** atât din perspectiva acoperirii, cât și a tipurilor de investigații oferite.

O clipă poate schimba totul.

îndrumare participanților în funcție de rezultatele obținute. Astfel, intervențiile nu se limitează la măsurători punctuale, ci includ și recomandări adaptate fiecărui caz.

Aceste investigații permit identificarea timpurie a unor factori de risc frecvenți, precum hipertensiunea arterială, dislipidemiile sau dezechilibrele metabolice, contribuind la prevenirea unor afecțiuni cardiovasculare severe. **Prin aducerea serviciilor medicale mai aproape de oameni, Caravana pentru Grijă reduce barierele de acces și încurajează controalele regulate.**

Inițiativele de acest tip au un rol esențial nu doar în depistarea precoce, ci și în creșterea gradului de conștientizare privind importanța unui stil de viață sănătos și a monitorizării constante a stării de sănătate.

În cadrul ediției din acest an, **participanții pot beneficia de o gamă extinsă de testări gratuite,** care includ evaluarea indicelui de masă corporală cu ajutorul unui cântar inteligent, măsurarea trigliceridelor, colesterolului total și HDL, testarea glicemiei, măsurarea tensiunii arteriale și a saturației oxigenului în sânge, precum și calculul riscului cardiovascular. **În anumite situații, evaluările pot fi completate și prin realizarea unei electrocardiograme (EKG).**

Toate evaluările sunt realizate în cadrul caravanei de către personal medical calificat, respectiv un medic și un asistent medical, care asigură corectitudinea testărilor și oferă

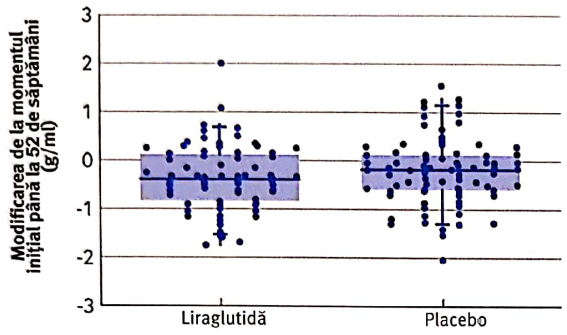
Fundația Dr. Max este o organizație non-guvernamentală care se implică activ în susținerea persoanelor și comunităților vulnerabile, prin dezvoltarea de proiecte dedicate prevenției bolilor și educației pentru un stil de viață sănătos.

Persoanele interesate pot afla mai multe despre program și despre testările disponibile în cadrul Caravanei pentru Grijă accesând rețelele de social media ale Fundației Dr. Max.

Scanned with OKEN Scanner

educație

ANALIZE ALE CERCETĂRII Tur de orizont bilunar asupra revistelor medicale de referință



EDISON P, FEMMINELLA GD, RITCHIE C, ET AL. *NAT MED* 2025. DOI: 10.1038/S41591-025-04106-7

Modificarea ratei metabolice a glucozei cerebrale [valoarea captării standard la tomografia cu emisie de pozitroni (PET)] la 52 de săptămâni – comparație între liraglutidă și placebo. Diagrama box plot arată intervalul median (linia din centru) și intercuartilic (limitele casetei). Mustățile arată intervalele de încredere 95%

Liraglutida pentru boala Alzheimer

Se pare că anul 2026 va fi încă un an încărcat pentru agoniștii peptidei 1 asemănătoare glucagonului (GLP-1). Conform clinicaltrials.gov, există 112 studii care fie recrutează, fie sunt gata să înceapă recrutarea, implicând utilizarea agoniștilor GLP-1 într-o gamă largă de afecțiuni, de la tulburările consumului de alcool până la boala inflamatorie intestinală. O altă posibilă indicație pentru agoniștii GLP-1 este demența. Studiul de fază 2b ELAD a evaluat efectul liraglutidei la persoanele fără diabet cu boală Alzheimer ușoară spre moderată. Nu s-a găsit nicio diferență semnificativă în privința rezultatului principal – un rezultat surogat al ratei metabolice a glucozei cerebrale – între grupul care a primit injecții zilnice cu liraglutidă și cel tratat cu placebo. Liraglutida a fost, însă, bine tolerată și se pare că a avut un efect modest asupra declinului cognitiv pe durata celor 12 luni de studiu.

• *Nature Med* doi:10.1038/s41591-025-04106-7

Vaccinul antigripal în doză mare și spitalizările

Ori de câte ori gripa ajunge pe prima pagină a știrilor, așa cum s-a întâmplat și în iarna acestui an, atenția se îndreaptă, inevitabil, către vaccinul antigripal. Oare o doză mai mare ar putea fi mai eficientă la adulții vârstnici? Un studiu desfășurat în Danemarca a randomizat adulți cu vârsta ≥65 de ani să primească fie o doză mare, fie o doză standard de vaccin tetravalent. Au fost randomizați 332 438 de participanți pe parcursul a trei sezoane de gripă, fără a se găsi nicio diferență clară între cele două grupuri în privința rezultatului principal, constând în spitalizarea pentru gripă sau pentru pneumonie (0,68% în grupul care a primit o doză mare de vaccin și 0,73% în cel vaccinat cu doza standard).

• *New Engl J Med* doi:10.1056/ NEJMoa2509907

Designul neclar al studiului magneziului

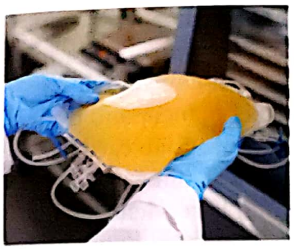
Dacă ar exista un premiu pentru termenul metodologic al anului 2025, acesta ar fi acordat, probabil, "inferenței cauzale". Revistele sunt asaltate acum de articole care aplică noile tehnici la datele observaționale, încercând mai mult să se apropie de stabilirea cauzei și efectului decât să exploreze doar asocierile acestora. Propunându-și să afle dacă tratamentul pentru nivelurile reduse de magneziu ale pacienților din unitățile de terapie intensivă ar putea îmbunătăți rezultatele clinice ale acestora, cercetătorii au ales un "model de regresie cu discontinuitate neclară". Avantajul acestuia este că, prin stabilirea unei valori prag între nivelul normal și cel scăzut al magneziului seric, creează două grupuri de pacienți care au, probabil, aceiași factori de confuzie măsurați și nemăsurați, dar sunt foarte diferiți în privința șanselor de a fi tratați – de obicei, cei cu un nivel de magneziu imediat sub valoarea prag vor primi tratament, pe când subiecții cu un nivel imediat deasupra pragului nu îl vor primi. Studiul cu design neclar nu a găsit nicio dovadă a vreunui efect al suplimentării magneziului asupra apariției tahiaritmiei la valori prag variind între 0,66 mmol/l și 0,82 mmol/l.

• *JAMA Intern Med* doi:10.1001/ jamainternmed.2025.6572

"Deșerturile de trombocite"

Un "deșert de trombocite" este un spital sau o regiune fără acces la trombocite pentru transfuzii. O astfel de situație este provocată de o combinație între scăderea ratelor donărilor, durata scurtă de valabilitate a trombocitelor sub formă lichidă (ce trebuie să fie păstrate la temperatura camerei) și creșterea cererii din partea serviciilor de chirurgie cardiacă și oncologică. Trombocitele

Scanned with OKEN Scanner



crioconservate oferă o posibilă soluţie, dat fiind faptul că pot fi păstrate până la doi ani. Cu toate acestea, într-un studiu de non-inferioritate, controlat, randomizat, în regim dublu orb, desfăşurat în Australia, s-a constatat că trombocitele crioconservate cu dimetil sulfoxid nu au fost la fel de eficiente ca acelea lichide atunci când au fost administrate în timpul chirurgiei cardiace. Rezultatul principal (sângerarea toracică postoperatorie în primele 24 de ore după internarea în unitatea de terapie intensivă) nu a atins pragul prespecificat pentru non-inferioritate. În braţul cu trombocite crioconservate, 25% dintre participanţi au primit în plus trombocite în regim deschis, pe lângă cele crioconservate administrate în regim orb (comparativ cu numai 3,1% în braţul cu trombocite lichide), generând temeri că ratele sângerării ar putea fi mai mari în grupul tratat cu trombocite crioconservate. Dacă trombocitele crioconservate, cu valabilitate îndelungată, nu sunt la fel de eficiente ca acelea lichide, ar putea fi totuşi mai bune decât ceea ce este disponibil în deşerturile de trombocite? Editorialul însoţitor nu exprimă această opinie, descriind trombocitele crioconservate mai mult ca pe un miraj decât ca pe o oază.

• *JAMA* doi:10.1001/ jama.2025.23355

Sub presiunea de a găsi dovezi în privinţa şuntării

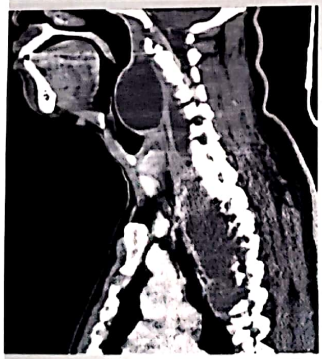
"Paşi mici, ventricule mari" este titlul unui editorial corelat cu un studiu publicat în *New England Journal of Medicine*. Articolul descrie o afecţiune pe care se pare că nimeni nu doreşte să o accepte, mulţi experţi rămânând chiar sceptici în privinţa existenţei ei. Ventriculele mari sunt întâlnite la persoanele care au hidrocefalie cu presiune normală; paşii mici se referă la îmbunătăţirile obţinute în privinţa mersului şi echilibrului, însă fără ameliorări ale funcţiei cognitive sau incontinenţei la trei luni după şuntare – o intervenţie practicată de zeci de ani, dar care nu dispune de o bază de dovezi ferme.

• *New Engl J Med* doi:10.1056/NEJMoa2503109

Tom Nolan, redactor clinic, *The BMJ*, Londra;
medic generalist colaborator, Surrey

RESEARCH REVIEWS Fortnightly round up from the leading medical journals
A se cita: *BMJ* 2026;392:r2633

TABLOU CLINIC



CLINICAL PICTURE
Posterior neck pain
A se cita: *BMJ* 2025;392:e084126

A fost obţinut consimţământul pacientului.

Durere în zona posterioară a gâtului

Un pacient în vârstă de aproximativ 30 de ani, care a sosit din Guineea Bissau cu nouă luni în urmă, s-a prezentat la departamentul de urgenţe cu debut recent de odinofagie, dispnee şi disfonie, pe fondul unei dureri în zona posterioară a gâtului persistentă de şase luni. La examenul clinic, pacientul prezenta stridor inspirator, o umflătură în peretele posterior al faringelui, extinzându-se la sinusul piriform drept, şi mobilitate limitată a gâtului. Examenul neurologic a fost neremarcabil. O tomografie computerizată a gâtului a arătat un abces retrofaringian şi osteoliza corpurilor vertebrale cervicale şi toracice. Imagistica prin rezonanţă magnetică a exclus compresia măduvei spinării.

A fost iniţiat tratamentul antibiotic empiric pentru infecţia profundă a gâtului (ceftriaxonă, clindamicină şi vancomicină), iar abcesul retrofaringian a fost drenat trans-oral sub anestezie generală. Pacientul a fost extubat fără evenimente după 48 de ore, de îndată ce tomografia computerizată a confirmat reducerea substanţială a volumului abcesului. Analiza microbiologică a puroiului a identificat *Mycobacterium tuberculosis* (confirmată prin microscopie directă, reacţia de polimerizare în lanţ şi, ulterior, prin cultură), *Streptococcus mitis*, *Gemella haemolysans* şi *Veillonella parvula*. Tratamentul antimicrobian a fost ajustat corespunzător, iar pacientul a urmat un regim prelungit de ceftriaxonă şi clindamicină şi terapie antituberculoasă timp de 12 luni. După evaluarea neurochirurgicală, gâtul i-a fost stabilizat în maniera conservatoare, cu un guler cervical, purtat timp de şapte luni. După încheierea tratamentului complet, nu a prezentat simptome persistente şi nici deficite neurologice. Abcesul retrofaringian la adulţi este rar şi, adesea, secundar extinderii directe a tuberculozei cronice a coloanei cervicale (boala Pott). Diagnosticul precoce şi tratamentul cu medicamente antituberculoase timp de cel puţin 12 luni, stabilizare cervicală (cu intervenţie chirurgicală dacă este indicată) şi drenarea abcesului sunt esenţiale pentru prevenirea unor posibile complicaţii letale.

Francisca Bartolomeu (11757@ulscoimbra.min-saude.pt)
Catarina Rato, Departamentul de Otorinolaringologie de la ULS Coimbra, Portugalia

MINERVA Din lumea largă a cercetării

Screening pentru cancerul testicular

Deşi cancerul testicular este cea mai frecventă tumoră malignă a bărbaţilor tineri, un studiu al recruţilor israelieni arată că este puţin probabil ca screeningul să fie util (*Am J Epidemiol* doi:10.1093/aje/kwaf241). Detectarea unui singur caz de cancer a necesitat examinarea clinică a 75 000 de bărbaţi, 176 de investigaţii ecografice şi 112 consultaţii urologice. Majoritatea cancerelor au fost diagnosticate în stadiul 1, indiferent dacă au fost detectate sau nu prin screening.

Scanned with OKEN Scanner

Este oare specia umană condamnată?

După ce a citit un eseu convingător în *London Review of Books* (https://www.lrb.co.uk/the paper/v47/n21/david-runciman/are-we-doomed), Minerva regretă să vă informeze că răspunsul este afirmativ. Singura întrebare este când. Ca specie, *Homo sapiens* are o vârstă de circa 300 000 de ani. Dat fiind faptul că este puțin probabil să ne aflăm la începutul ori la sfârșitul istoriei omenirii, este posibil să mai avem în față între 8 000 și 12 000 000 de ani. Rețineți, însă, că rata prognozată a creșterii populației va intra în declin în doar câteva decenii, așa încât chiar și 8 000 de ani ar putea fi o estimare optimistă.

Tratamentul antihipertensiv la pacienții cu fragilitate

O analiză post hoc a unui studiu de mari dimensiuni al tratamentului intensiv pentru tensiunea arterială din China a găsit, în mod nesurprinzător, că persoanele cu fragilitate aveau o probabilitate mai mare de evenimente adverse decât cele fără fragilitate (*J Am Coll Cardiol* doi:10.1016/j.jacc.2025.08.092). Evenimentele adverse nu au fost mai frecvente, însă, la cei care primeau tratament intensiv (tensiunea arterială țintă <120 mm Hg) decât la cei cu o terapie mai puțin intensivă. În plus, beneficiile tratamentului intensiv în privința reducerii evenimentelor cardiovasculare au fost la fel de mari pentru ambele categorii de persoanele. Concluzia este că fragilitatea nu trebuie să fie o barieră în calea controlului intensiv al tensiunii arteriale.

Moartea subită de origine cardiacă

În SUA, ratele decesului subit de origine cardiacă au scăzut cu 2% pe an între 1999 și 2018 (*J Am Heart Assoc* doi:10.1161/JAHA.124.040340). Majoritatea deceselor au survenit în rândul persoanelor mai vârstnice și au fost asociate cu boala arterelor coronare. Scăderea poate fi atribuită, în mare parte, reducerii colesterolului, tensiunii arteriale și fumatului la nivelul populației. Este posibil să fi contribuit și îmbunătățirea tratamentului insuficienței cardiace și creșterea utilizării dispozitivelor implantabile de cardioversie și defibrilare. Din nefericire, începând din 2020, ratele morții subite cardiace au crescut, probabil din cauza deteriorării accesului la serviciile de îngrijiri medicale odată cu pandemia de covid-19.

Cafeaua și fibrilația atrială

Este posibil ca reputația cafelei de a provoca aritmii să fie nemeritată. Două sute de băutori de cafea adulți care au efectuat o cardioversie electrică reușită pentru fibrilație atrială sau flutter atrial au fost randomizați la consum de cafea cu conținut normal de cafeină (cel puțin o cană pe zi) sau la abstinență. În următoarele șase luni, băutorii de cafea au avut o probabilitate de recurență a aritmiei cu 40% mai mică decât cei care s-au abținut de la consum (*JAMA* doi:10.1001/jama.2025.21056).

MINERVA

From the wider world of research

De citat ca: *BMJ* 2026;392:r2628

GHIDURI CLINICE

Managementul excesului ponderal și al obezității: rezumatul recomandărilor NICE actualizate

Caroline Mulvihill,[1] Helen M Parretti,[2] Nivedita Aswani[3]

Detalii complete despre autori pe bmj.com
Corespondența la: C Mulvihill, caroline.mulvihill@nice.org.uk

În Anglia, unul din patru adulți[1] și aproape unul din patru copii până la vârsta de 11 ani[2] au obezitate conform măsurării și clasificării indicelui masei corporale (IMC). În plus, se estimează că aproximativ două treimi dintre adulții din Anglia au obezitate sau exces ponderal, din 2015-2016 înregistrându-se o tendință ascendentă. Prevalența obezității este aproape dublă la copiii care trăiesc în zonele cele mai defavorizate comparativ cu cei din zonele cele mai puțin defavorizate.[2]

În ianuarie 2025 NICE a publicat ghidul pentru sprijinirea persoanelor cu exces ponderal și al celor cu obezitate, actualizând versiunea anterioară din anul 2022.[3] Ghidul complet include recomandări bazate pe dovezi relevante pentru cei care lucrează în asistența medicală primară, secundară și terțiară, privind prevenția și managementul excesului ponderal, obezității și adipozității centrale la copii, tineri și adulți. Noua actualizare nu a

Scanned with OKEN Scanner

inclus medicamentele pentru managementul obezității.

În articolul de față am sintetizat principalele modificări aduse ghidului și am selectat recomandările cu un impact special pentru cei care lucrează în sectorul de asistență medicală primară. În august 2025 a fost actualizat și NICE Quality Standard (Standardul Calității) elaborat de NICE pe baza acestui ghid.[4]

Recomandări

Recomandările NICE se bazează pe sinteze sistematice ale celor mai bune dovezi disponibile, luând în considerare în mod explicit cost-eficiența. Atunci când dovezile disponibile sunt minime, recomandările se bazează pe experiența comitetului ghidului și pe opiniile cu privire la ceea ce constituie buna practică. Nivelurile dovezilor pentru recomandări sunt prezentate în versiunea completă a articolului de pe bmj.com.

Principiile îngrijirii

Excesul ponderal și obezitatea sunt afecțiuni complexe, cu numeroase fațete, ce pot interacționa cu multe aspecte ale vieții persoanei respective. Pe baza experienței membrilor săi, comitetul ghidului a convenit atât o listă neexhaustivă de factori corelați cu cei determinanți ai unor aspecte mai cuprinzătoare ale vieții ca factorii socioeconomici, alimentația, mediul construit, influențele sociale și culturale, cât și contextul excesului ponderal și al obezității, pe care cadrele medicale trebuie să le ia în considerare atunci când oferă îngrijiri. Mulți dintre factorii menționați sunt asociați cu inegalitățile în materie de sănătate ce pot limita capacitatea unei persoane de a-și gestiona excesul ponderal sau obezitatea și care sunt în afara controlului lor.

Atunci când vă folosiți raționamentul profesional, păstrați în prim-plan contextul sănătății pacienților, circumstanțele lor sociale și disponibilitatea de a se implica în schimbare

Evaluarea dovezilor a inclus relatările experiențelor negative ale persoanelor cu exces ponderal și cu obezitate în care furnizorii de îngrijiri medicale nu au ținut cont de acești factori. Prin urmare, este important ca atunci când vă folosiți raționamentul profesional să păstrați în prim-plan contextul sănătății pacienților, circumstanțele lor sociale și disponibilitatea de a se implica în schimbare. Oamenii cu exces ponderal și cu obezitate au descris experiențe în care cadrele medicale au vorbit despre greutatea lor corporală într-o manieră insensibilă, făcându-i să devină circumspecți și defensivi atunci când în discuțiile ulterioare a fost abordat subiectul greutății corporale. Cadrele medicale trebuie să respecte alegerea unui pacient de a nu discuta despre greutatea sa. De asemenea, poate fi util ca persoana respectivă să știe că, în cazul în care își schimbă opinia, oferta de sprijin rămâne valabilă.

În vederea unei discuții pozitive utilizați un limbaj și imagini fără caracter stigmatizant – de exemplu, cele furnizate de World Obesity Image Bank (Banca Mondială de Imagini privind Obezitatea).[5] Stigmatizarea asociată cu obezitatea poate afecta negativ sănătatea mintală și fizică a cuiva. Figura prezintă principiile generale de îngrijire recomandate cadrelor medicale pentru a fi luate în considerare în discuțiile despre excesul ponderal și obezitate.

- Înaintea sau în timpul oricărei discuții este bine să aveți în vedere factorii determinanți cu o sferă de influență mai largă și contextul excesului ponderal și al obezității, mai exact:
  - sănătatea generală și comorbiditățile existente
  - comorbiditățile legate de greutate, incluzând istoricul lor familial
  - istoricul greutății și experiențele precedente de gestionare a excesului ponderal sau a obezității
  - experiențele de stigmatizare asociate cu greutatea corporală
  - impactul hărțuirii și experiențelor negative din copilărie
  - posibilitatea practică de-a aborda greutatea și disponibilitatea de a se implica în schimbare
  - stadiul de dezvoltare (la copii și tineri)
  - etnia
  - limba
  - situația socioeconomică și constrângerile financiare
  - circumstanțele personale și familiale, incluzând condițiile de locuit și evenimentele de viață importante

CE TREBUIE SĂ ȘTIȚI

- Atunci când discutați cu pacienții despre greutatea lor corporală, luați în considerare factorii determinanți cu implicații mai extinse și contextul excesului ponderal sau al obezității
- Atunci când interpretați indicele masei corporale (IMC), aveți în vedere diferențele existente în cazul copiilor și tinerilor și a familiilor de culoare, asiatice sau din minorități etnice
- Raportul între circumferința taliei și înălțime este un indicator suplimentar util, pe lângă IMC, în anticiparea riscului pentru sănătate asociat cu adipozitatea centrală
- Dacă trimiterea la serviciile de specialitate este refuzată, luați în considerare oferirea unor noi posibilități de trimitere sau de retrimitere

Scanned with OKEN Scanner

- sarcina recentă
- efectul exercitat de oricare dintre medicamentele luate de pacienți asupra greutății corporale ori a apetitului lor
- episoadele actuale sau anterioare de tulburări de alimentație ori de tulburare a comportamentului alimentar
- aspectele psihosociale (de exemplu, depresia, anxietatea, sentimentul respectului de sine sau percepția de sine)
- dizabilitățile fizice
- tulburările de neurodezvoltare, nevoile educaționale speciale și dizabilitățile asociate (SEND).

- Încurajați familiile sau persoanele care oferă îngrijire să-și asume responsabilitatea principală pentru modificările apărute în comportamentul copiilor și tinerilor, în special al celor cu vârsta sub 12 ani. Țineți cont de vârsta și nivelul de maturitate al copiilor și tinerilor și de preferințele familiilor sau persoanelor care îi îngrijesc.
- Dacă există temeri că obezitatea, excesul ponderal ori comorbiditățile asociate constituie un pericol semnificativ pentru sănătatea și confortul copiilor sau tinerilor:
  - Trimiteți-i la serviciile dedicate sănătății emoționale și sprijinului stării de bine
  - Trimiteți-i la management de specialitate pentru orice alte comorbidități.

Utilizați-vă raționamentul clinic pentru a decide când este necesară intervenția în cadrul obligațiilor de îngrijire a copiilor și tinerilor.

Aspecte de avut în vedere pentru adulți

Dovezile privind mascarea diagnosticului real (atunci când simptomele sunt atribuite greutății corporale în loc de a se lua în considerare o posibilă afecțiune comorbidă fără legătură cu aceasta) au arătat că pacienții care s-au prezentat la medic pentru o problemă de sănătate, precum durerea de șold, au simțit frecvent că aceasta a fost neglijată în favoarea discuțiilor despre greutate. Membrii comitetului fără studii medicale au confirmat această experiență frecventă.

Opt studii calitative, incluzând patru din Regatul Unit, au folosit interviuri semistructurate și grupuri de discuții la care au participat 134 de cadre medicale și pacienți, pentru a aborda identificarea oportunistă a prezentărilor adulților cu obezitate și exces ponderal în serviciile de îngrijiri primare. Identificarea oportunistă ar putea include înregistrarea la cabinetul de medicină generală, consultațiile pentru afecțiuni asociate (precum diabetul de tip 2 și boala cardiovasculară) și alte controale medicale de rutină. Datele au indicat că pacienții cu exces ponderal și obezitate au considerat important ca personalul medical să dea prioritate afecțiunii pentru care s-au prezentat

1. Respectați-mă!

- Cereți-mi permisiunea de a discuta despre teme legate de excesul ponderal și de obezitate
- Respectați-mi alegerile, chiar dacă nu sunteți de acord cu ele
- Nu presupuneți că toate simptomele mele sunt provocate de greutatea mea corporală ori de obezitate
- Explorați deciziile mele cu sensibilitate sau amânați discuțiile pentru altă dată, dacă nu doresc să vorbesc despre niciuna dintre problemele pe care le-ați abordat

2. Sprijiniți-mă!

- Vorbiți cu mine într-un mod sensibil, centrat pe persoană, adecvat dezvoltării mele și fără a mă judeca
- Identificați și explorați termenii pe care aș prefera să-i folosiți
- Axați-vă mai mult pe îmbunătățirea sănătății și bunăstării mele în loc să vorbiți numai despre greutate și obezitate
- Rămâneți pozitivi, oferiți sprijin și concentrați-vă pe soluții
- În timpul conversațiilor noastre țineți cont de gândurile, opiniile și convingerile mele culturale, religioase ori spirituale
- Luați în considerare factorii care previn sau limitează scăderea ponderală în cazul meu (de pildă, unele medicamente ori comorbidități)
- Asigurați-vă că observațiile mele sunt actualizate, astfel încât și alte cadre medicale să cunoască opiniile mele, ceea ce am discutat și am convenit anterior și de ce am făcut-o

3. Aflați mai multe despre viața mea

- Gândiți-vă la istoricul familiei mele și la complicațiile legate de greutatea corporală
- Luați în considerare istoricul greutății mele (iar în cazul copiilor și tinerilor, istoricul creșterii) și experiențele anterioare cu probleme asociate (de exemplu, tulburările de alimentație)
- Țineți cont de experiențele mele de stigmatizare, hărțuire și alte experiențe negative legate de greutatea corporală
- Gândiți-vă la contextul meu familial și personal: viața zilnică, etnie, cultură, griji financiare, nevoi speciale și dizabilități, factori de sănătate mintală și stadiul vieții
- Aveți în vedere medicamentele pe care le folosesc în prezent și istoricul medical
- Aflați dacă sunt gata și capabil(ă) să mă implic în schimbare; dacă nu, cum mă puteți ajuta?
- Spuneți-mi cum mă pot ajuta prietenii și familia mea (important în special pentru copii și tineri)

4. Ajutați-mă atunci când vorbim!

- Folosiți un limbaj și imagini care nu stigmatizează și
- Asigurați-vă că tot ce îmi dați să citesc sau să vizionez este potrivit și adaptat nevoilor mele – de exemplu, literatura Easy Read (lecturi ușoare)
- Asigurați-vă că discuțiile și comunicările sunt adecvate pentru vârsta mea și nivelul meu de maturitate și înțelegere. În cazul copiilor și tinerilor, aveți grijă ca informațiile să corespundă vârstei (de pildă, centila IMC)
- Dați-mi timp să înțeleg și să prelucrez informațiile pe care le-am primit
- Întrebați-mă dacă am nelămuriri și spuneți-mi clar dacă vreți să le aduc în discuție acum sau mai târziu

5. Înțelegeți cum mă simt

- Gândiți-vă dacă este adecvat ori important să discutați despre greutate sau obezitate ori să faceți măsurători chiar acum
- Gândiți-vă la impactul pe care îl au măsurătorile sau modul în care sunt efectuate asupra imaginii mele despre propriul corp ori a stimei de sine
- Înțelegeți că e posibil ca greutatea mea să fi fost crescută de multe ori în trecut
- Înțelegeți că aș putea fi afectat(ă) de o tulburare de alimentație la orice greutate și că aș putea fi vulnerabil(ă) la o tulburare de comportament alimentar
- Fiți conștienți de propriile sentimente, sensibilități și prejudecăți pe care le puteți avea în privința greutății și obezității

Principiile de îngrijire recomandate de persoanele cu exces ponderal și obezitate

Scanned with OKEN Scanner

înainte de a iniția discuții despre greutate. Ca urmare, comitetul a recomandat ca personalul medical să acorde atenție mai întâi afecțiunii manifeste și abia apoi să-și folosească raționamentul profesional pentru a stabili dacă este sau nu adecvat să abordeze problema greutății. Deși analiza nu a inclus dovezi directe cu privire la copii și tineri, comitetul a fost de acord că recomandarea trebuie să fie aplicată la toate grupele de vârstă.

La pacienții cu adipozitate centrală utilizați raportul talie-înălțime alături de IMC pentru a evalua riscurile legate de sănătate, incluzând diabetul de tip 2 și boala cardiovasculară. Într-o versiune anterioară a ghidului, comitetul a recomandat măsurarea IMC, în parte pentru că este un mijloc util și practic de a defini excesul ponderal și obezitatea, dar acesta nu este o măsură directă a adipozității centrale, așa că necesită o interpretare prudentă.

Raportul talie-înălțime furnizează o evaluare mai precisă a adipozității centrale, comparând circumferința taliei cu înălțimea în loc să se bazeze pe greutatea corporală totală. Pe baza unei analize a dovezilor din 30 de studii ale acurateței prognosticului și 21 de studii ale preciziei diagnosticului și a experienței comitetului ghidului s-a ajuns la concluzia că raportul talie-înălțime este util în completarea IMC pentru a furniza o estimare practică și corectă a adipozității centrale la adulții cu un IMC <35.

- Evitați să atribuiți toate simptomele prezentate de pacienți excesului ponderal sau obezității (mascarea diagnosticului real). Dacă persoana se prezintă pentru o altă problemă de sănătate ori afecțiune (de pildă, durerea de șold), abordați mai întâi acea problemă sau afecțiune înainte de a decide dacă este cazul să cereți permisiunea de a discuta despre greutatea corporală.
- Folosiți IMC ca pe un indicator practic al excesului ponderal și al obezității (consultați calculatorul IMC oferit de NHS pentru adulți[6]). Interpretați IMC cu prudență, fiindcă nu este un indicator direct al adipozității centrale.
- La adulții cu IMC <35, măsurați și utilizați raportul lor talie-înălțime alături de IMC pentru o estimare practică a adipozității centrale și folosiți măsurătorile la evaluarea și anticiparea riscurilor pentru sănătate (de exemplu, diabetul de tip 2, hipertensiunea arterială ori boala cardiovasculară).
- Îndrumați pacienții spre resurse care le arată cum se măsoară circumferința taliei și raportul talie-înălțime – de exemplu, ghidul video de pe pagina de internet a NHS pentru obezitate.[7]
- Clasificați gradul adipozității centrale pe baza raportului talie-înălțime astfel:
  - adipozitate centrală sănătoasă (normală): raportul talie-înălțime 0,4–0,49, indicând lipsa unui risc crescut pentru sănătate
  - adipozitate centrală crescută: raportul talie-înălțime 0,5–0,59, indicând un risc crescut pentru sănătate
  - adipozitate centrală foarte crescută: raportul talie-înălțime 0,6 sau mai mare, indicând un risc și mai accentuat pentru sănătate.
- Atunci când discutați cu pacienții despre raportul lor talie-înălțime, explicați-le că trebuie să încerce să își mențină circumferința taliei mai mică decât jumătate din înălțime (raportul talie-înălțime sub 0,5).

Familiile de culoare, asiatice și din minoritățile etnice sunt predispuse la dezvoltarea adipozității centrale și au un risc cardiometabolic pentru sănătate la valori prag mai mici ale IMC, conform analizei dovezilor provenite din 14 studii ale acurateței prognosticului și 11 studii ale preciziei diagnosticului, care au demonstrat un risc crescut la un IMC de 25-29. Deși NICE nu a găsit dovezi privind pragurile pentru clasele 2 și 3 de obezitate la persoanele din aceste etnii, consensul comitetului a fost că reducerea pragurilor IMC cu aproximativ 2,5 este, în general, o practică bună. Aceasta ar însemna ca, la populațiile respective, pragul IMC pentru clasa a doua de obezitate să fie redus la circa 32,5, iar pentru clasa a treia la 37,5.

- Oamenii originari din Asia de Sud, din China, din alte regiuni ale Asiei, din Orientul Mijlociu, din Africa sau din Caraibe sunt predispuși la apariția adipozității centrale, iar riscul lor cardiometabolic apare la IMC mai mici, așa că trebuie să folosiți praguri mai scăzute ale IMC ca indicatori practici ai excesului ponderal și ai obezității:
  - exces ponderal: IMC 23–27,4
  - obezitate: IMC 27,5 sau mai mare.
- La persoanele din aceste grupuri, clasele 2 și 3 de obezitate sunt identificate, de obicei, prin reducerea pragurilor cu 2,5.

Considerații pentru copii și tineri

Analiza dovezilor a arătat că scorul z al IMC – cunoscut și ca scorul deviației standard a IMC, reflectând gradul în care IMC al unui copil deviază de la media pentru vârsta și sexul său – a fost, în general, cel mai exact indicator al identificării riscurilor pentru sănătate la copii și tineri, precum hipertensiunea arterială și diabetul de tip 2. Adesea, însă, raportul talie-înălțime a fost la fel de exact, iar în unele studii s-a dovedit a fi mai eficient.

Scanned with OKEN Scanner

În prezent, dovezile care sprijină utilizarea raportului talie-înălțime ca un indicator practic al adipozității centrale pentru evaluarea și anticiparea riscurilor pentru sănătate la copii și tineri sunt mai slabe decât dovezile provenite de la adulți. Comitetul a apreciat, însă, că este un posibil indicator util al riscurilor viitoare pentru sănătate în această populație. Ei au recomandat ca raportul talie-înălțime să fie folosit numai ca un indicator suplimentar, alături de măsurarea standard a înălțimii și a greutății corporale.

- Evitați să atribuiți excesului ponderal ori obezității toate simptomele prezentate de pacienți (mascarea diagnosticului real). Dacă un copil ori o persoană tânără se prezintă pentru o altă problemă de sănătate sau afecțiune (de pildă, astmul), abordați mai întâi acea problemă ori afecțiune înainte de a decide dacă este cazul să cereți permisiunea de a discuta despre greutatea corporală.
- Utilizați IMC ca pe o estimare practică a excesului ponderal și obezității la copii și tineri și asigurați-vă că graficele folosite sunt:
  - adecvate pentru copii și tineri și
  - ajustate pentru vârstă și sex.
- Identificați gradul de exces ponderal sau de obezitate al copiilor și tinerilor, folosind următoarele clasificări:
  - exces ponderal: centila 91 a IMC[t]+1,34 deviații standard (DS)
  - obezitate clinică: centila 98 a IMC+2,05 DS
  - obezitate severă: centila 99,6 a IMC+2,68 DS.

Folosiți-vă raționamentul clinic atunci când interpretați un IMC sub centila 91, în special în categoria de greutate sănătoasă a graficelor IMC, pentru că atât copiii cât și tinerii din această categorie pot avea adipozitate centrală.

- Interpretați cu prudență IMC deoarece nu este un indicator direct al adipozității centrale. Folosiți calculatorul NHS pentru greutatea sănătoasă pe baza IMC,8 graficele de creștere furnizate de Royal College of Paediatrics and Child Health UK–World Health Organization (Colegiul Regal de Pediatrie și Sănătatea Copilului din Regatul Unit–Organizația Mondială a Sănătății)[9] și graficele IMC[10] pentru a trasa și a clasifica centila IMC. Formularul de monitorizare strictă în timpul copilăriei și pubertății (CPCM)[11] poate fi folosit și pentru monitorizarea continuă a IMC la copiii cu vârste ≥ doi ani, în special dacă pubertatea este fie prematură, fie întârziată. Consultați graficele de creștere și IMC speciale pentru copiii și tinerii cu sindrom Down,[12] dacă este nevoie.
- Luați în considerare măsurarea circumferinței taliei și calcularea raportului talie-înălțime la copii și tineri pentru estimarea riscurilor pentru sănătate asociate cu adipozitatea centrală.
- Clasificați gradul adipozității centrale a copiilor și tinerilor pe baza raportului talie-înălțime, astfel:
  - adipozitate centrală sănătoasă (normală): raportul talie-înălțime 0,4–0,49, indicând lipsa unui risc crescut pentru sănătate
  - adipozitate centrală crescută: raportul talie-înălțime 0,5–0,59, indicând un risc accentuat pentru sănătate
  - adipozitate centrală foarte crescută: raportul talie-înălțime 0,6 sau mai mare, indicând un risc și mai mare pentru sănătate.
- Aceste clasificări pot fi folosite la copii și tineri de ambele sexe și din toate etniile. Riscurile pentru sănătate asociate cu nivelurile mai ridicate de adipozitate centrală includ diabetul de tip 2, hipertensiunea arterială și boala cardiovasculară.
- Atunci când discutați cu copii sau tineri și cu familiile lor sau cu persoanele care îi îngrijesc, explicați-le că trebuie să încerce să-și mențină circumferința taliei mai mică decât jumătate din înălțime (raportul talie-înălțime sub 0,5).

Trimiterea la serviciile de specialitate

În această actualizare nu există modificări substanțiale ale recomandărilor de trimitere, ce rămân aliniate cu protocoalele locale. Trebuie menționat faptul că, după publicarea ghidului, protocoalele de trimitere pentru obezitate au început să fie reconfigurate, în parte ca răspuns la implementarea națională a tratamentului cu tirzepatidă.[13]

O serie de dovezi – incluzând opt studii controlate și randomizate desfășurate în Regatul Unit și opt studii calitative – au explorat tipurile de intervenții preferate de adulți și modul în care acestea pot fi adaptate nevoilor individuale. Rezultatele sugerează că abordările cele mai eficiente sunt cele adecvate din punct de vedere cultural, ce răspund nevoilor grupurilor demografice specifice și iau în considere experiențele individuale anterioare legate de intervențiile pentru managementul greutății corporale. Comitetul a subliniat importanța angajării pacienților în discuții despre obiective realiste și personalizate și a accentuat beneficiile mai extinse aduse de sprijinirea modificărilor durabile ale comportamentului.

Dovezile au arătat că nu întodeauna copiii și tinerii – și familiile lor sau persoanele care îi îngrijesc – sunt dispuși să accepte trimiterile

Scanned with OKEN Scanner

APLICAREA RECOMANDĂRILOR ÎN PRACTICĂ

- Cum integrează organizația din care faceți parte evaluarea și indicatorii recomandați ai excesului ponderal, obezității și adipozității centrale în practica clinică?
- Ce măsuri poate lua organizația voastră pentru a reduce stigmatizarea asociată cu greutatea corporală și a garanta că pacienții cu exces ponderal sau cu obezitate beneficiază de evaluare și îngrijiri holistice, centrate pe persoană?

pentru intervenții de management al excesului ponderal și obezității. Ca urmare, comitetul a subliniat importanța explicării riscurilor pentru sănătate asociate cu un IMC mai mare, folosind un limbaj sensibil, fără prejudecăți. De asemenea, a accentuat imperativul luării în considerare a factorilor determinanți ai excesului ponderal și ai obezității și cel al explicării importanței sănătății copiilor într-o manieră proporțională cu posibilul impact al IMC-ului lor. Este importantă sublinierea, de către comitet, a faptului că protejarea sănătății copilului include luarea unor măsuri adecvate pentru a preveni efectele nocive evitabile – de pildă, prevenirea și tratarea afecțiunilor asociate cu greutatea corporală.

- Oferiți îndrumări și discutați posibilitatea trimiterii persoanei la un serviciu de management al excesului ponderal și obezității, ținând cont de nevoile și preferințele individuale.
- Abordați determinanții excesului ponderal și ai obezității (de exemplu, contextul social, sănătatea mintală, bunăstarea și stigmatizarea), atunci când este posibil. Dacă este nevoie, trimiteți pacienții pentru evaluarea oricărei comorbidități sau la alte servicii, precum cele de asistență socială, de fizioterapie, de sprijin pentru persoanele cu tulburări de alimentație sau programul NHS de prevenire a diabetului.[14]
- Discutați și conveniți asupra unor obiective realiste în privința sănătății (și a oricăror alte obiective asociate – de exemplu, să poată purta haine care se potrivesc mai bine, să participe activ la jocuri împreună cu copiii ori cu nepoții, să respire mai bine atunci când merg pe jos sau urcă scările, să-și poată lega șireturile la încălțăminte ori să-și poată fixa o centură de siguranță de lungime standard). Includeți importanța și beneficiile unor modificări cu impact pe termen lung ale comportamentului alimentar și ale creșterii nivelului de activitate fizică.
- În timpul discuțiilor cu copiii sau tinerii cu exces ponderal sau obezitate și cu familile lor sau cei care îi îngrijesc:
  - Explicați gradul excesului ponderal ori al obezității și riscurile pentru sănătate asociate cu un IMC mai mare
  - Încurajați-i să se implice în managementul excesului ponderal și al obezității
  - Explicați importanța sănătății copilului într-o manieră proporțională cu gradul riscului pentru sănătate.

Monitorizare și sprijin pe termen lung

O abordare holistică este esențială pentru a determina schimbări durabile, iar pacienții au nevoie de informații privind sursele suplimentare de sprijin pe termen lung din comunitate sau din asistența medicală.

Dovezile – din șase studii calitative – au arătat că adulții se consideră frecvent stigmatizați atunci când se simt presați să se implice în managementul excesului ponderal sau al obezității, ceea ce poate crea bariere în calea participării. Ca urmare, cadrele medicale trebuie să recunoască și să respecte decizia unei persoane de a refuza trimiterea la serviciile de specialitate. Pentru a sprijini alegerile în cunoștință de cauză, personalul medical trebuie să se asigure că pacienții primesc informații clare, complete, despre intervenția ce li se oferă – incluzând obiectivele, forma, durata și posibilele beneficii ale acesteia – astfel încât să poată lua o decizie în concordanță cu nevoile și preferințele lor. Cu ocazia consultațiilor de control medical trebuie oferite din nou posibilități de trimitere ori de retrimitere la un medic specialist.

- Furnizați pacienților informații despre mai multe surse de sprijin pe termen lung din comunitate sau din asistența medicală (de exemplu, oferite de: serviciile de asistență socială, instructorii de sănătate, farmaciști, grupuri de sprijin local, grupuri ori rețele online, prieteni și familie, terapii bazate pe conversație, plicații gratuite aprobate pentru asistență medicală, campanii naționale și grupuri comunitare locale, precum cele de drumeții sau de grădinărit). Ele pot fi folosite fie în perioada de așteptare a unei intervenții de management al excesului ponderal ori al obezității, fie odată cu aceasta. Consultați ghidul NICE privind modificarea comportamentului: intervenții pentru sănătate digitale și mobile.[15]
- Oferiți pacienților posibilitatea retrimiterii dacă este nevoie, ținând cont de faptul că managementul excesului ponderal și al obezității este un proces pe termen lung.

Conflicte de interese: Consultați bmj.com.

Implicarea pacienților: Comitetul ghidului a inclus trei membri fără studii medicale.

GUIDELINES

Overweight and obesity management: summary of updated NICE guidance

A se cita: *BMJ* 2025;391:r2286
Găsiți versiunea integrală, cu bibliografie, la:
doi: 10.1136/bmj.r2286

Scanned with OKEN Scanner

Întrebați un expert: Guta

Edward Roddy[1, 2]

[1]Midlands Partnership University NHS Foundation Trust (Trustul fundației NHS în parteneriat universitar), Stoke-on-Trent, Regatul Unit

[2]Keele University, Newcastle-under-Lyme, Regatul Unit

Corespondența la: E Roddy, e.roddy@keele.ac.uk

Acest articol a fost adaptat după modulul de învățare BMJ Learning "Întrebați un expert: Guta": https://new-learning.bmj.com/course/10055705

Reumatologul Edward Roddy furnizează răspunsuri competente la întrebările medicilor generaliști (GP) cu privire la dificultățile frecvent întâlnite în managementul gutei, incluzând tratarea episoadelor acute, inițierea terapiei de reducere a acidului uric, obținerea unor niveluri țintă adecvate de acid uric seric și consilierea pacienților în privința diagnosticului și tratamentului gutei.

BMJ Learning

TESTAȚI-VĂ SINGURI

Tratați o femeie în vârstă de 62 de ani pentru episoade acute recurente de gută și tofi cu alopurinol. Pe parcursul unei perioade de patru luni, măriți treptat doza de alopurinol. Nivelul ei de acid uric seric este redus cu succes la 297 µmol/l. Ulterior prezintă un nou episod acut de gută, care îi afectează prima articulație metatarsofalangiană.

În privința acestui nou episod acut de gută, care dintre următoarele afirmații este corectă?

a. Tratați episodul acut cu colchicină și continuați alopurinolul în timpul episodului acut

b. Tratați episodul acut cu colchicină și opriți alopurinolul în timpul episodului acut

c. Apariția unui episod acut sugerează că tratamentul nu funcționează și trebuie să măriți doza de alopurinol

d. Apariția unui episod acut sugerează că tratamentul nu funcționează și trebuie să înlocuiți alopurinolul cu febuxostat

e. Apariția unui episod acut sugerează că tratamentul nu funcționează și trebuie să trimiteți pacienta la un specialist.

(Răspunsul la sfârșitul articolului)

Ce recomandați în privința managementului și monitorizării pacienților cu un episod acut de gută?

Majoritatea episoadelor acute ar trebui să răspundă rapid la unul dintre tratamentele preferate (descrise mai jos), care sunt recomandate de ghidul național britanic.[1] În plus, ghidul recomandă aplicarea unui pachet de gheață pe articulația afectată.[1, 2]

CE TREBUIE SĂ ȘTIȚI

- Tratamentele preferate pentru episoadele acute de gută includ medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), colchicina și agenții corticosteroizi
- Nu oferiți AINS pacienților mai vârstnici cu comorbidități multiple, precum boala cardiovasculară și boala renală cronică
- Luați în considerare prescrierea terapiei de reducere a acidului uric încă din faza incipientă a bolii și urmăriți atingerea unui nivel seric țintă al acidului uric seric sub 360 µmol/l (6 mg/dl)
- Dovezile indicând că o anumită dietă previne episoadele acute sau reduce nivelurile de acid uric seric sunt insuficiente; ca urmare, sfătuiți pacienții să respecte o dietă sănătoasă, echilibrată

Un medicament antiinflamator nesteroidian (AINS)

Nu există dovezi că un anumit AINS este superior altuia, așa că puteți prescrie orice AINS cu eliberare imediată în doză întreagă (de exemplu, naproxen) în funcție de preferința, funcția renală și comorbiditățile pacienților voștri.[3] Evitați indometacina, dat fiind riscul de evenimente adverse gastrointestinale, renale și cardiovasculare.[3, 5] Oferiți protecție gastrică împreună cu AINS – de exemplu, 20 mg de omeprazol.[3]

Colchicină în doză mică

Prescrieți colchicină în doză de 500 µg oral de 2-4 ori pe zi, până la remisiunea simptomelor, până la maximum 6 mg pe cura de tratament.[6] Un studiu randomizat a comparat naproxenul și colchicina la persoanele cu un episod acut de gută și nu a găsit nicio diferență între grupuri în ceea ce privește intensitatea durerii timp de șapte zile, dar evenimentele adverse au fost mai frecvente în grupul tratat cu colchicină, cel mai frecvent fiind diareea.[7]

Cură scurtă de tratament cu un medicament corticosteroid

O opțiune de management pentru un episod acut de gută este tratamentul cu un medicament corticosteroid, deși această utilizare este în afara indicației aprobate în Regatul Unit.[1]

Scanned with OKEN Scanner

- Prednisolonul oral este o opțiune eficientă, de exemplu, 30 mg o dată pe zi, timp de cinci zile.[3,8]
- Puteți lua în considerare o injecție intraarticulară sau intramusculară cu un medicament corticosteroid, dacă AINS și colchicina sunt contraindicate, nu sunt tolerate sau sunt ineficiente, în special la pacienții mai vârstnici și cu comorbidități multiple.

Monitorizare

Atât ghidul National Institute for Health and Care Excellence (NICE – Institutul Național pentru Excelență în Sănătate și Îngrijiri), cât și cel al British Society for Rheumatology (Societatea Britanică de Reumatologie) recomandă evaluarea pacienților după remisiunea episodului acut de gută sau la 4-6 săptămâni după aceea.[1,3] Obiectivele sunt:

- măsurarea nivelului acidului uric seric și a funcției renale
- furnizarea de informații privind autogestionarea și reducerea riscului de episoade acute în viitor
- evaluarea comorbidităților, incluzând factorii de risc cardiovascular (de exemplu, obezitatea, hipertensiunea arterială, hiperlipidemia, diabetul) și boala renală cronică
- evaluarea factorilor predispozanți din stilul de viață, precum consumul excesiv de alcool
- evaluarea medicațiilor (de pildă, diuretice)
- discutarea beneficiilor pe termen lung ale terapiei de reducere a acidului uric.

Criterii de trimitere la specialist

În general, dacă diagnosticul gutei este incert sau dacă tratamentul este contraindicat, nu este tolerat ori este ineficient, trebuie să trimiteți pacientul la un specialist, după cum recomandă ghidul național britanic.[1] Cea mai importantă alternativă de diagnostic ce nu trebuie să fie omisă este infecția: artrita septică (vedeți caseta 1) sau osteomielita. Dacă există o suspiciune clinică de infecție, trimiteți pacientul de urgență la un reumatolog ori un chirurg ortoped, conform protocolului de îngrijire local.

Cauzele neinfecțioase ale unei inflamații acute a articulației includ depunerile cristalelor de pirofosfat de calciu și artrita reactivă. Ca urmare, examinarea microscopică a lichidului sinovial aspirat din articulația afectată oferă posibilitatea de a confirma un diagnostic de artrită cu cristale și de a diferenția guta de depunerile cristalelor de pirofosfat de calciu. Experiența și competențele practice necesare pentru a efectua aspirația articulară (artrocenteza) pot lipsi în unele unități medicale (de pildă, în asistența primară), caz în care va fi nevoie să trimiteți pacienții la un specialist pentru această procedură.

Caseta 1 | Diferențierea artritei septice de un episod acut de gută

Episoadele acute de artrită cu cristale (fie gută, fie pseudogută) sunt caracterizate de un debut brusc, durere articulară severă ce atinge intensitatea maximă în decurs de 12–24 ore de la debut, edem și eritem articular și vindecare completă, de obicei în decurs de o săptămână sau două.[1,4]

Dacă aceste trăsături sunt prezente și este afectată prima articulație metatarsofalangiană, guta este diagnosticul cel mai probabil.[9] De obicei, debutul artritei septice este mai puțin acut.

Markerii tradiționali ai infecției, ca febra și creșterea numărului de leucocite, a vitezei de sedimentare a eritrocitelor și a proteinei C reactive, pot fi absenți sau doar puțin modificați la persoanele cu artrită septică.[10] În schimb, febra ar putea fi o manifestare a unui episod acut de gută, iar numărul de leucocite, viteza de sedimentare a eritrocitelor și proteina C reactivă ar putea fi crescute substanțial. Ca urmare, markerii tradiționali ai infecției nu sunt utili în diferențierea artritei septice de episoadele acute de gută.[11,12]

Singura modalitate de diferențiere definitivă a artritei septice de un episod acut de gută este artrocenteza articulației afectate înainte de inițierea antibioticelor, urmată de examenul cristalelor, colorația Gram și cultura din lichidul aspirat.[9]

Care este cea mai bună opțiune de a trata un episod acut de gută la pacienții mai vârstnici, cu comorbidități multiple?

AINS sunt contraindicate la pacienții mai vârstnici cu comorbidități multiple (de exemplu, boală cardiovasculară și boală renală cronică). În concordanță cu *British National Formulary* (*Formularul Național Britanic*) într-un episod acut

Scanned with OKEN Scanner

Caseta 2 | Interacțiuni medicamentoase posibile care măresc riscul toxicității colchicinei[4]

- Amiodaronă
- Ciclosporină
- Digoxină
- Diltiazem
- Fibrați
- Medicamente antifungice (itraconazol, ketoconazol)
- Antibiotice macrolide
- Inhibitori de protează
- Statine
- Verapamil

de gută doza normală de colchicină este de 500 µg oral de 2-4 ori pe zi, până la remisiunea simptomelor, până la maximum 6 mg pe cura de tratament [6] La pacienții mai vârstnici, cu comorbidități, puteți trata cu prudență un episod acut cu colchicină, mărind intervalul între doze (de pildă, 500 µg de două ori pe zi).[6] Revedeți interacțiunile medicamentoase cu potențial de creștere a toxicității colchicinei (caseta 2).

Medicamentele corticosteroide sunt un tratament eficient pentru un episod acut de gută și furnizează o opțiune de tratament utilă la pacienții care fie nu pot tolera AINS și colchicina, fie au contraindicații la ele.

- Conform studiilor observaționale mici, consensului experților și experienței clinice, artrocenteza și injecția intraarticulară cu un medicament corticosteroid sunt foarte eficiente într-un episod acut de gută monoarticular și ar putea fi tratamentul de elecție la pacienții cu un episod acut de gută afectând o articulație mare și cu comorbidități.[3, 5] Nu există, însă, studii randomizate controlate ale utilizării injecției intraarticulare cu un medicament corticosteroid într-un episod acut de gută, iar aceasta este o utilizare în afara indicației aprobate.[13] Este recomandat să trimiteți pacientul la un specialist pentru acest tratament.
- Injecția intramusculară cu un medicament corticosteroid este o opțiune utilă la pacienții cu episoade acute oligoarticulare ori poliarticulare.[3]
- O altă opțiune este prednisolonul oral. Patru studii randomizate controlate ale tratamentului cu prednisolon oral într-un episod acut de gută arată un efect de reducere a durerii comparabil cu al AINS.[8, 16] În aceste studii a fost administrat prednisolon în doză fie de 30 mg, fie de 35 mg zilnic, timp de patru sau cinci zile. Pe baza acestor studii, o abordare clinică fiabilă este de a prescrie un tratament scurt cu prednisolon (de exemplu, 30 mg zilnic timp de 5-7 zile). Conform experienței mele, recurența crizei de gută după întreruperea tratamentului cu corticosteroizi pe cale orală nu pare a fi o problemă frecventă.

Când trebuie oferită unui pacient terapia de reducere a acidului uric pentru a preveni un episod acut de gută?

Ghidul național britanic recomandă să oferiți terapia de reducere a acidului uric tuturor pacienților cu gută care au[1]:

- episoade acute multiple sau severe
- boală renală cronică în stadiile 3–5
- terapie diuretică
- tofi gutoși
- artrită gutoasă cronică.

În plus, ghidul British Society of Rheumatology recomandă terapia de reducere a acidului uric pentru pacienții cu[3]:

- urolitiază cu acid uric
- gută primară debutată la o vârstă mică
- dovezi de deteriorare articulară la radiografie.

Ambele ghiduri recomandă informarea pacienților cu privire la opțiunea terapiei de reducere a acidului uric după primul sau al doilea episod acut.[1, 3] Conform experienței mele, în multe cazuri, terapia de reducere a acidului uric nu este prescrisă decât pacienților care au episoade acute severe frecvente sau care prezintă fie degradarea articulației, fie tofi.

Momentul recomandat pentru inițierea terapiei de reducere a acidului uric este la 2–4 săptămâni după remisiunea unui episod acut de gută, dar dacă episoadele acute sunt mai frecvente poate fi prescrisă în timpul unui episod acut.[1] Există un consens din ce în ce mai mare în privința inițierii terapiei de reducere a acidului uric încă din faza incipientă a bolii și se recomandă să discutați această opțiune cu pacienții.[1, 4] Motivul este că majoritatea pacienților cu gută au episoade acute recurente, iar examenele imagistice arată depunerea cronică a cristalelor atât în timpul primului episod acut, cât și la pacienți cu hiperuricemie care nu au avut încă un episod acut de gută.[17, 19] Două studii mici randomizate, controlate cu placebo, au arătat că inițierea tratamentului cu alopurinol la începutul unui episod acut, urmată de profilaxia cu colchicină sau AINS, nu s-a asociat cu creșterea durerii, inflamației ori recurenței episoadelor acute la evaluarea de la 28–30 de zile.[20, 21]

Cu toate acestea, amânarea terapiei de reducere a acidului uric până după remisiunea episodului acut și dispariția durerii, le permite pacienților să asimileze mai bine informațiile despre tratamentul lor.[4] De exemplu, pacienții trebuie să știe cum să trateze un episod acut ulterior și să nu întrerupă terapia de reducere a acidului uric în momentul acutizării.[3] Continuarea terapiei de reducere a acidului uric după apariția episodului acut nu afectează durata ori severitatea acestuia. În plus, dacă

Scanned with OKEN Scanner

tratamentul a fost oprit în timpul unui episod acut, pacientul poate ezita să îl reia mai târziu, având impresia că medicamentul i-a înrăutățit guta. Dacă terapia de reducere a acidului uric este reinițiată, începeți cu o doză mică, pe care o veți mări treptat.

Poate fi utilizată terapia de reducere a acidului uric pentru a atinge un nivel țintă al acidului uric seric?

Obiectivul terapiei de reducere a acidului uric la toți pacienții este de a reduce nivelul acidului uric seric sub pragul saturației fizologice a țesuturilor corpului (nivelul țintă). Scăderea acidului uric seric sub acest nivel determină dizolvarea cristalelor existente și previne formarea unora noi. Tratamentul care urmărește această țintă conduce la dispariția episoadelor acute, micșorarea tofilor până la dispariția lor finală și prevenirea deteriorării pe termen lung a articulației.[22-24] Chiar dacă este atinsă ținta terapeutică, poate dura mai multe luni până la dizolvarea cristalelor de urat monosodic existente, dispariția episoadelor acute și micșorarea tofilor.

Ghidul NICE recomandă să aveți ca țintă un nivel de acid uric seric mai mic de 360 µmol/l (6 mg/dl).[1] De asemenea, ghidul sugerează un nivel țintă mai scăzut al acidului uric seric, sub 300 µmol/l (5 mg/dl), la persoanele cu gută care:

- Au tofi sau artrită gutoasă cronică
- Continuă să prezinte episoade acute frecvente, deși au un nivel al acidului uric seric sub 360 µmol/l (6 mg/dl).

Începeți terapia de reducere a acidului uric cu o doză mică și măsurați nivelul acidului uric seric la un interval de patru săptămâni pentru a ghida creșterea dozelor, dacă sunt tolerate, până la atingerea nivelului țintă de acid uric.[1]

Ghidul național britanic recomandă prescrierea fie de alopurinol, fie de febuxostat, ca tratament preferat atunci când se începe terapia de reducere a acidului uric, ținând cont de comorbiditățile și de preferințele pacienților.[1] La cei cu boală cardiovasculară severă (de pildă, istoric de infarct miocardic sau de accident vascular cerebral ori de angină instabilă), prescrieți alopurinol ca tratament preferat.

Cum se tratează un episod acut asociat cu inițierea terapiei de reducere a acidului uric

Atenționați pacienții că ar putea avea un episod acut la începutul terapiei de reducere a acidului uric sau la creșterea dozei acesteia, dat fiind faptul că toate medicamentele care scad nivelul acidului uric seric pot provoca un episod acut de gută.[25] Explicați-le pacienților că un astfel de episod acut este mai degrabă un "semn al succesului tratamentului" decât un efect advers al medicației. Pacienții nu trebuie să oprească terapia de reducere a acidului uric în cazul apariției unui episod acut.

Următoarele măsuri pot ajuta la reducerea riscului unui episod acut de gută:

- Începeți terapia de reducere a acidului uric cu o doză mică și măriți doza treptat[26]
- Aveți în vedere prescrierea concomitentă a medicației profilactice (de pildă, colchicina), dar țineți cont de interacțiunile medicamentelor (caseta 2).[1] În cazul în care colchicina fie este contraindicată, fie nu este tolerată, fie este ineficientă, luați în considerare o doză mică de AINS sau de medicament corticosteroid oral[1]
- Ca alternativă la profilaxie, puteți prescrie un tratament de scurtă durată cu colchicină, un AINS ori un medicament corticosteroid oral, ca rezervă pentru pacient în cazul apariției unui episod acut.[1] Dacă nici colchicina, nici AINS sau medicamentele corticosteroide nu sunt adecvate, un inhibitor de interleukină 1

Caseta 3 | Exemple de mesaje esențiale în discuțiile despre gută cu pacienții

Cauza

- Guta apare din cauză că nivelul acidului uric din sânge este prea mare, ducând la formarea de cristale de urat în cartilajul articulației. Dacă nivelul acidului uric seric rămâne mare, cristalele se formează lent, dar continuu, adeseori fără să producă simptome
- Nivelurile acidului uric seric pot fi ridicate din multe cauze, incluzând afecțiunile medicale ale persoanei, medicamentele luate, constituția sa genetică și excesul de greutate ori obezitatea. Oferiți pacienților explicații individualizate ale factorilor de risc personal pentru gută
- Se presupune, adesea, că guta este provocată de un consum prea mare de alcool sau de carne roșie ori fructe de mare, ceea ce, adesea, nu este valabil pentru multe persoane

Efecte

- Uneori, unele cristale "se varsă" în articulație, provocând un episod acut de gută, în care articulația devine dureroasă, inflamată și umflată
- Pe parcursul mai multor ani, aceste episoade acute pot să devină mai frecvente și să afecteze și alte articulații
- Sub piele, peste articulații se pot forma noduli de cristale numiți tofi, ce provoacă deteriorarea cartilajului articulațiilor și oaselor. O astfel de deteriorare a articulației poate provoca durere în fiecare zi

Tratament

- Episoadele acute pot fi tratate cu colchicină, cu AINS sau cu corticosteroizi
- Obiectivul tratamentului gutei (cu medicamente ca alopurinolul) pe termen lung este scăderea acidului uric seric sub un nivel țintă. Dacă nivelul poate fi redus suficient și menținut astfel, nu se vor mai forma cristale noi, iar cele existente se vor dizolva și, în final, vor dispărea complet. De obicei, medicamentele care reduc nivelul acidului uric seric trebuie să fie luate toată viața
- Atunci când nu mai rămâne niciun cristal, episoadele acute de gută dispar, tofii se micșorează (și pot dispărea în final), iar durerea articulară cauzată de gută se atenuează
- Începerea tratamentului cu alopurinol poate să declanșeze uneori un episod acut de gută. În acest caz, nu este un efect advers, ci un semn că alopurinolul funcționează. Episodul acut apare ca urmare a faptului că nivelul acidului uric seric scade și cristalele încep să se dizolve. Episodul acut poate fi tratat în același mod ca orice alt episod acut de gută, iar alopurinolul nu trebuie oprit

Comparativ cu tratamentul simulat sau cu absența terapiei pentru durerea lombară cronică, 43 de studii au constatat beneficii moderate ale exercițiilor fizice în orice moment al evaluării

Scanned with OKEN Scanner

ar putea fi luat în calcul pentru a preveni apariția episoadelor acute de gută la inițierea ori titrarea terapiei de reducere a acidului uric, dar este necesară trimiterea la un serviciu de reumatologie înaintea prescrierii acestuia.[1]

Aveți vreun sfat privind consilierea pacienților care se prezintă la serviciile de îngrijiri primare?

Toți pacienții cu gută trebuie să primească explicații verbale clare privind natura, cauzele, asocierile, consecințele și tratamentul gutei.[1,27] Este utilă susținerea acestora cu informații scrise – de pildă, broșura informativă despre gută pentru pacienți oferită de Arthritis UK.[28] Caseta 3 prezintă exemple de mesaje importante pe care le furnizez pacienților mei privind cauza gutei, modul în care îi afectează și tratamentul bolii.

Riscurile stigmatizării asociate cu alcoolul și dieta pot împiedica unele persoane să solicite îngrijiri medicale pentru gută, astfel încât întrebările legate de consumul de alcool și alimentație trebuie să fie puse cu tact. Deși oamenii presupun, adesea, că guta este produsă de aportul excesiv de alcool și de anumite alimente, precum carnea roșie și fructele de mare, studiile arată că riscul de gută crește numai dacă se consumă cantități mari.[29] Este necesar ca persoanelor cu gută care au surplus ponderal ori obezitate sau care consumă alcool în exces să li se acorde sprijin pentru a-și reduce greutatea corporală și, respectiv, consumul de alcool. Nu există suficiente dovezi că o anumită dietă previne episoadele acute ori scade nivelurile acidului uric seric, iar pacienții cu gută trebuie sfătuiți să urmeze o dietă sănătoasă, echilibrată.[1]

Toate acestea sunt o multitudine de informații ce trebuie să fie transmise în timpul unei consultații obișnuite de 10-15 minute, așa că este necesară repetarea lor la consultațiile viitoare.[1] Ele ar putea fi furnizate mai eficient în cadrul unui serviciu de îngrijiri conduse de asistenții medicali, după cum arată un studiu randomizat care compara îngrijirile furnizate de asistenții medicali cu cele obișnuite, realizate de medicii generaliști, pentru persoanele cu gută.[30] Asistenții medicali au furnizat un pachet de îngrijiri individualizate pe parcursul mai multor consultații, constând în evaluare holistică, discuții despre percepția bolii și furnizarea unor informații despre gută, incluzând natura, cauzele, asocierile, consecințele bolii și opțiunile de tratament. Asistenții medicali au luat decizii împreună cu pacienții, incluzând creșterea treptată a dozelor terapiei de reducere a acidului uric pentru a atinge nivelul țintă de acid uric seric. Rezultatele la doi ani au arătat că, în urma îngrijirilor efectuate de asistenții medicali, 95% dintre participanți au atins nivelul țintă de acid uric seric, comparativ cu 30% dintre participanții care au primit îngrijirile obișnuite din partea medicilor generaliști, diferența fiind statistic semnificativă (raportul riscurilor 95% *vs* 30%, risc relativ 3,18, interval de încredere 95% 2,42–4,18, P <0,001). Și rezultatele centrate pe pacienți, incluzând numărul episoadelor acute, prezența tofilor și calitatea vieții, au fost mai bune în cazul îngrijirilor furnizate de asistenții medicali.

Conflicte de interese: consultați bmj.com.

TESTAȚI-VĂ SINGURI (RĂSPUNS)

Răspunsul corect este A (Tratați episodul acut cu colchicină și continuați alopurinolul în timpul episodului acut).

Această pacientă a atins nivelul acidului uric seric stabilit ca țintă terapeutică, indicând faptul că ia o doză adecvată de alopurinol. După atingerea țintei terapeutice, poate dura, însă, mai multe luni până la dizolvarea cristalelor existente de urat monosodic, dispariția episoadelor acute și micșorarea tofilor, deși episoadele acute vor deveni mai puțin frecvente. Tratați acest episod acut la fel ca pe oricare altul.

Deși recomandarea standard este de-a amâna inițierea terapiei de reducere a acidului uric până la remisiunea episodului acut pentru a preveni agravarea lui, nu opriți alopurinolul dacă un episod acut apare după începerea tratamentului de reducere a acidului uricș în schimb, continuați cu aceeași doză alături de medicația pentru episodul acut – în cazul de mai sus, colchicina.[3]

Nu este nevoie să înlocuiți alopurinolul cu febuxostat. Ghidul național britanic sugerează că puteți lua în considerare trimiterea la un reumatolog în cazul în care persoana are simptome continue.

Întrucât pacienta a avut un singur episod acut, ar trebui să o puteți trata în asistența primară, nefiind necesară trimiterea la un specialist în prezent.

PRACTICE POINTER

Ask an expert: Gout

A se cita: *BMJ* 2026;392:r2248

Găsiți versiunea integrală, cu bibliografie, la: doi:10.1136/bmj.r2248

Scanned with OKEN Scanner

Progrese în fiziopatologia, diagnosticul şi managementul bolii celiace

John B Doyle,[1,2] Jocelyn Silvester,[3] Jonas F Ludvigsson,[4,5] Benjamin Lebwohl[1,2]

Detalii despre autori pe bmj.com
Corespondenţa la: B Lebwohl, bl114@cumc.columbia.edu

Acesta este un rezumat al sintezei clinice Progrese în fiziopatologia, diagnosticul şi managementul bolii celiace. Versiunea completă poate fi citită aici: https://www.bmj.com/content/391/bmj-2024-081353

Boala celiacă este frecvent întâlnită, afectând aproximativ 1% din populaţia generală, iar prevalenţa ei a crescut în ultimele decenii.[1-5] Prevalenţa bolii celiace este mai mare în anumite populaţii, incluzându-le pe cele cu predispoziţie genetică,6 cu anumite tulburări autoimune sau cu rude de gradul întâi afectate de boală celiacă.[7] În ciuda prevalenţei şi complicaţiilor pe termen lung, boala celiacă rămâne subdiagnosticată, în parte din cauza manifestărilor ei clinice heterogene pe parcursul vieţii.[1,4]

Boala celiacă este caracterizată patologic printr-o pierdere a toleranţei imune la proteinele din cerealele ingerate, care sunt denumite în mod generic gluten.[11] Tratamentul recomandat este o dietă strictă fără gluten, a cărei eficacitate terapeutică este limitată, însă, de ratele de complianţă variabile,[12-14] de frecventa expunere accidentală la gluten[15,16] şi de impactul psihosocial şi economic.[17-19]

Actuala sinteză examinează cele mai recente realizări în înţelegerea epidemiologiei, fiziopatologiei, diagnosticului şi managementul bolii celiace.

Epidemiologie

Tendinţele prevalenţei şi incidenţei globale ale bolii celiace

Se estimează că prevalenţa globală a bolii celiace în populaţia generală este de 0,7%–1,5%.[1-3] O meta-analiză a studiilor epidemiologice a arătat că prevalenţa globală a bolii celiace estimată numai prin testarea serologică a fost de 1,4%, în timp ce prevalenţa bazată pe biopsie a fost 0,7%.[3] Prevalenţa variază şi în funcţie de regiunea geografică: în Europa şi în America de Nord, latitudinile nordice pot fi asociate cu o prevalenţă mai mare decât latitudinile sudice, rate ridicate fiind înregistrate mai ales în Suedia şi Finlanda.[5,20]

Prevalenţa şi incidenţa bolii celiace au crescut în ultimele câteva decenii.[3,5,23,24] O meta-analiză a studiilor bazate pe populaţie a arătat că incidenţa bolii celiace a crescut cu 7,5% pe an din a doua jumătate a secolului 20.[23] Această tendinţă pare să fi continuat în ultimul deceniu: un studiu de cohortă bazat pe populaţie din Canada a arătat că incidenţa testelor serologice pozitive asociate cu boala celiacă a crescut între 2015 şi 2020, în ciuda ratelor de testare stabile.[24]

Efectele mediului

Incidenţa în creştere a bolii celiace sugerează o implicare a factorilor de mediu, dar nu au fost identificate efectele exacte ale mediului. Studiile cu cohorte de naşteri şi studiile randomizate controlate care au explorat cronologia şi nivelul expunerii la gluten în primii ani de viaţă au rezultate contradictorii, fără dovezi puternice în sprijinul efectului protector al unor practici de alimentaţie specifice.[6,26-28] La nivel global, relaţia între disponbilitatea regională a glutenului şi prevalenţa bolii celiace a arătat asocieri contradictorii.[29] Nici durata alăptării, nici modul naşterii nu sunt factori predictivi fiabili ai apariţiei bolii celiace.[26,30]

Infecţiile în copilărie şi la vârsta adultă, în special cele ale tractului gastrointestinal, pot fi

CE TREBUIE SĂ ŞTIŢI

- Boala celiacă este o tulburare mediată imun, caracterizată prin pierderea toleranţei la glutenul ingerat de către persoanele cu predispoziţie genetică
- Rămâne subdiagnosticată din cauza manifestărilor clinice heterogene, ce includ simptome intestinale şi extraintestinale la copii şi la adulţi
- Vor fi avute în vedere pentru screening persoanele fără simptome care aparţin grupurilor cu risc crescut, precum cele cu anumite afecţiuni autoimune sau cu rude de gradul întâi cu boală celiacă
- În prezent, tratamentul pentru boala celiacă este dieta strictă fără gluten

Scanned with OKEN Scanner

asociate cu un risc mai mare de boală celiacă autoimună.[31, 32] Și expunerea la antibiotice a fost asociată cu declanșarea bolii celiace, dar nu există date ferme în această privință.[31, 33] S-a presupus că alterările microbiomului intestinal, care au fost evidențiate la copii și adulți cu boală celiacă, ar putea fi un factor declanșator al apariției acestei boli, dar nu a fost încă stabilită o relație de tip cauză-efect.[34, 35]

Factori de risc genetici

Riscul de boală celiacă este mai mare la rudele de gradul întâi ale oamenilor cu această boală, probabil parțial din cauza factorilor de risc genetici.[6, 36] Haplotipurile de antigen leucocitar uman (HLA)-DQ2 și/sau HLA-DQ8 sunt cei mai importanți factori de risc genetic predispozanți pentru boala celiacă și sunt găsiți la aproape toate persoanele cu boală celiacă.[37] Zeci de alele non-HLA identificate prin studiile de asociere la nivelul întregului genom au fost, de asemenea, asociate cu riscul crescut de boală celiacă, ceea ce poate explica variabilitatea fenotipică observată în tabloul său clinic.[38, 39]

Fiziopatologia

Boala celiacă este caracterizată de pierderea toleranței imune la proteinele din cereale și de producerea unui răspuns proinflamator al limfocitelor T CD4 -pozitive (CD4+), specific la gluten. Glutenul determină inflamația, dar factorul de declanșare din mediu este incert; el poate fi întâlnit în primii ani ai vieții[40] și poate varia de la o persoană la alta.

Baza moleculară și genetică a predispoziției la boala celiacă

Alelele HLA care conferă predispoziția genetică recunosc peptidele derivate din cereale, fiind considerate necesare, dar nu suficiente pentru dezvoltarea bolii.[37] Modelele bolii celiace la șoarece implică atât introducerea HLA-DQ2 sau HLA-DQ8, cât și a modificărilor genetice suplimentare pentru a potența inflamația intestinală.[41] Mai mulți epitopi care se suprapun pe HLA-DQ2.2, HLA-DQ2.5 și HLA-DQ8 sunt conținuți în α2-gliadină, un fragment de proteină din gluten bogat atât în reziduuri de prolină, care conferă rezistență la digestia de către pepsină și tripsină, cât și în glutamină.[42] Deamidarea selectivă a reziduurilor glutaminei de către transglutaminaza-2 tisulară și elastază antrenează sarcini negative ce măresc afinitatea de legare a HLA-DQ2 și a HLA-DQ8.[43]

Rolul transglutaminazei tisulare

Ceea ce știm despre fiziopatologia bolii celiace (figura) se datorează, în mare parte, studiilor care au investigat pacienți cu boala confirmată. Enzima tisulară multifuncțională transglutaminaza 2 are un rol central, după cum a demonstrat eficacitatea inhibitorului specific transglutaminazei 2 tisulare ZED-1227 în prevenirea leziunii mucoasei duodenale induse de gluten.[46] Majoritatea persoanelor cu boală celiacă produc autoanticorpi IgA anti-transglutaminază tisulară într-un mod dependent de gluten.

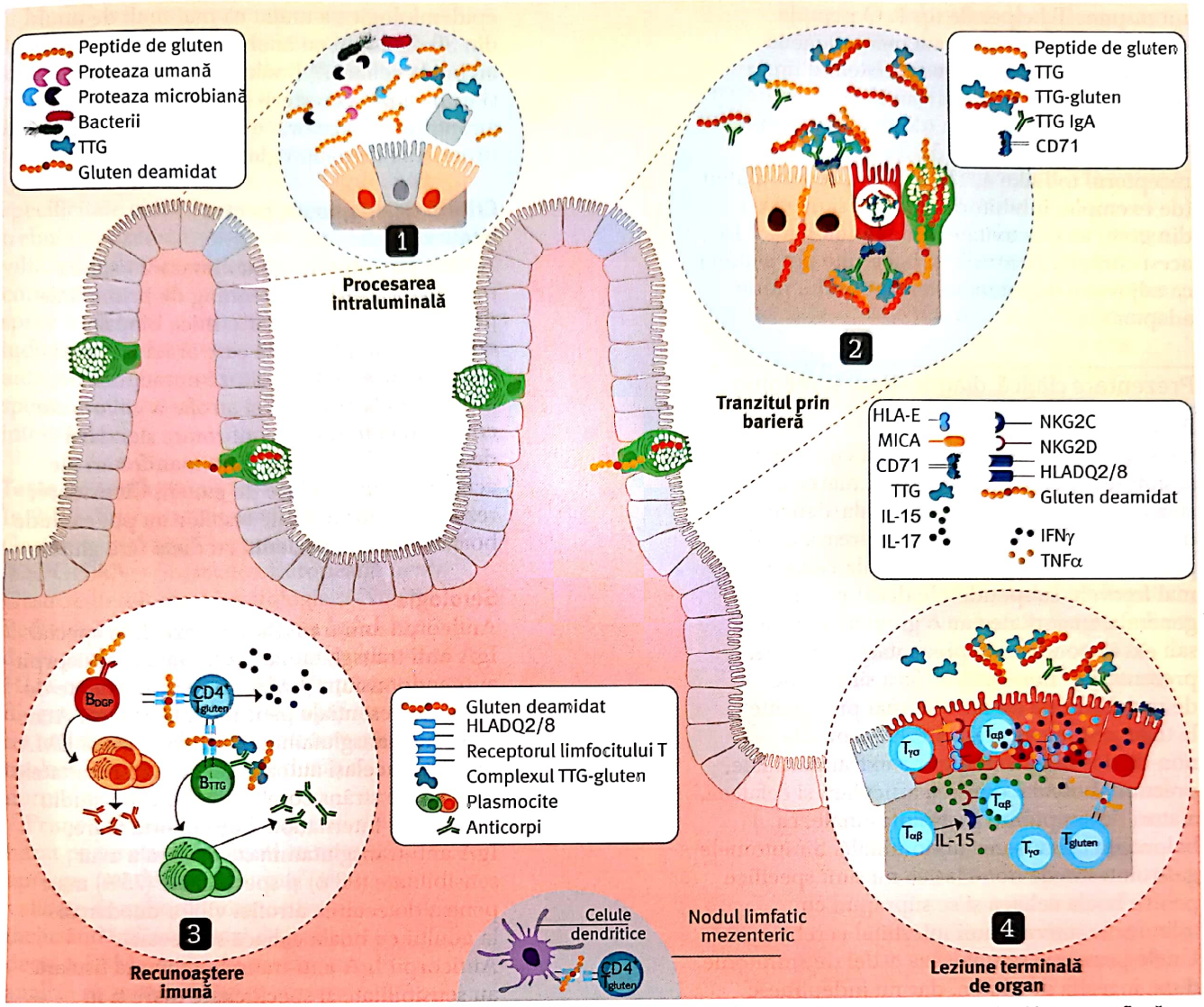
Limfocitele T CD4+ specifice gliadinei

Plasmocitele specifice transglutaminazei 2 tisulare și gliadinei din lamina propria sunt celulele predominante care prezintă antigenul în boala celiacă diagnosticată.[48, 49] Nu a fost identificată celula care prezintă antigenul și activează inițial limfocitele T CD4+ atunci când apare pentru prima dată intoleranța la gluten. Candidatele includ celulele dendritice CD11c-pozitive, CD103-pozitive și celulele epiteliale intestinale.[50, 51] Prezentarea directă a antigenului de către celulele epiteliale intestinale este o explicație atractivă, implicând faptul că transglutaminaza 2 tisulară din enterocitele exfoliate interacționează cu gliadina din lumen, unde concentrațiile de gluten sunt maxime.[52] În plus, celulele epiteliale intestinale ce exprimă moleculele de clasa a II a ale complexului major de histocompatibilitate (MHC) au o expresie crescută a CD71,[51] un receptor care s-a dovedit că mediază retro-transcitoza complexelor IgA-gliadină.[47]

Eliberarea și prezentarea peptidelor de gluten imunogene

În timp ce polipeptidele scurte care rezultă din digestia microbiană a glutenului pot fi transportate pe calea scurgerilor paracelulare,[43] pasajul peptidelor mai mari din gluten, necesar pentru a induce un răspuns al limfocitelor T, se produce, probabil, pe căi transcelulare, precum retrotranscitoza mediată de CD71,[51] endocitoza mediată de proteina 1 asociată receptorului lipoproteinelor cu densitate scăzută a complexelor gliadină-transglutaminază 2 tisulară-α2-microglobulină[47] ori persorbția gliadinei intacte prin căile asociate cu celulele caliciforme.[53] Odată activate, limfocitele T CD4+ reactive la gluten produc citokine inflamatorii, incluzând interferonul γ, interleukina 21 și interleukina 2. Dată fiind specificitatea aparentă a limfocitelor T CD4+ reactive la gluten pentru boala celiacă,[54]

Scanned with OKEN Scanner



Fiziopatologia bolii celiace. Proteina ingerată este digerată şi modificată post-translaţional în lumen de către enzime umane şi microbiene ce pot fie să mărească, fie să reducă toxicitatea glutenului. Unele dintre aceste peptide pot difuza pasiv printre celulele epiteliale, dar majoritatea sunt transportate pe căi transcelulare. Deamidarea – de exemplu, de către transglutaminaza 2 tisulară (TTG-2) – determină creşterea substanţială a afinităţii pentru HLA-DQ2/DQ8. Sursele de TTG includ celulele epiteliale exfoliate ce eliberează TTG în lumen. TTG se leagă de gluten şi poate fi supus transcitozei celulelor epiteliale într-o manieră mediată de CD71 sau persorbţiei prin căile asociate celulelor caliciforme. Studii recente arată că, în prezenţa interferonului γ, celulele epiteliale intestinale pot să exprime MHCII pe membrana bazolaterală şi să activeze direct limfocitele T CD4+ reactive la gluten. Deşi limfocitele T reactive la gluten pot fi activate, iniţial, în nodulii limfatici mezenterici, odată ce boala celiacă s-a instalat, celula predominantă care prezintă antigenul este limfocitul B din lamina propria. Celula care prezintă antigenul poate produce endocitoza complexelor gliadină-TTG-2-α2- microglobulină într-un mod dependent de proteina 1 asociată cu receptorul lipoproteinei de densitate scăzută, prezentând peptidele de gliadină pe HLA-DQ2/DQ8. Leziunea epitelială este mediată de aβ-T limfocitele intraepiteliale purtătoare de NKG2D şi CD94-NKG2C, care sunt activate în prezenţa interleukinei 15 şi recunosc liganzii induşi de stres pe celulele epiteliale, inclusiv MICA/MICB, nefiind specifice gliadinei. TNF=factorul necrozei tumorale. Figură realizată iniţial în BioRender.Silvester J. (2025) https://BioRender.com/xzwcm6j

sunt în curs de producţie teste ale eliberării citokinelor, ca biomarkeri ai bolii.[55-57]

Rolul limfocitelor citotoxice CD8 pozitive intraepiteliale

Activarea limfocitelor T CD4+ reactive la gluten care migrează la nivel intestinal este un eveniment critic în patogeneza bolii celiace, cu toate că afecţiunea a fost definită clasic prin enteropatia mediată de limfocite T CD8+ consecutivă.[58] Limfocitele T CD8+ citotoxice intraepiteliale din boala celiacă sunt caracterizate prin stimularea receptorilor NKG2D şi CD94/NKG2C, ce interacţionează cu proteina A asociată lanţului clasei I MHC (MICA) şi, respectiv, HLA-E.[59] Aceste observaţii susţin opinia preponderentă că limfocitele T CD8+ citotoxice intraepiteliale sunt programate să distrugă în contextul stresului epitelial.

Rolul sistemului imun înnăscut

Semnalizarea imună înnăscută are, probabil, un rol în patogeneza bolii celiace şi implică

Scanned with OKEN Scanner

un răspuns T helper de tip 1. O peptidă din α2-gliadină conservată neimunogenă (reziduurile 31-53) activează sistemul imun înnăscut printr-un mecanism încă nedefinit,[63, 64] în timp ce o peptidă din α2-gliadina deamidată imunogenă (reziduurile 57-89) activează receptorul toll-like 4.[65] Şi proteinele non-gluten (de exemplu, inhibitorii amilazei şi triptazei din grâu) au o activitate imună înnăscută.[66] În acest context, virusurile şi bacteriile pot acţiona ca adjuvanţi în potenţarea răspunsului imun adaptativ.

Prezentare clinică, diagnostic şi screening

Prezentare clinică

Clasic, boala celiacă se prezenta cu semne şi simptome de malabsorbţie ca diareea, steatoreea sau scăderea ponderală/deficitul de creştere. Dovezi recente sugerează că, deşi persoanele cu diagnostic de boală celiacă sunt mai frecvent subponderale decât populaţia generală, majoritatea au o greutate normală sau exces ponderal la prezentare.[67] În plus, prezentările "non-clasice" fără simptome de malabsorbţie au devenit mai prevalente la toate grupele de vârstă.[68] Prezentările non-clasice includ simptome extraintestinale, precum oboseala, durerea articulară şi cefaleea, alături de simptome gastrointestinale, ca balonarea ori durerea abdominală. Simptomele gastrointestinale non-clasice nu sunt specifice pentru boala celiacă şi se suprapun cu tulburările interacţiunii intestinal-cerebrale.[69, 70] Unele persoane semnalează astfel de simptome după ingestia de gluten, dar nu îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru boala celiacă, această afecţiune fiind denumită sensibilitatea la gluten non-celiacă.[71]

Multe manifestări extraintestinale ale bolii celiace justifică screeningul serologic (tabelul). Dermatita herpetiformă, caracterizată prin leziuni papulo-veziculare însoţite de prurit pe picioare, braţe şi fese, este considerată o manifestare extraintestinală distinctivă precipitată de expunerea la gluten.[72] Stomatita aftoasă orală şi defectele smaţului dentar sunt de asemenea caracteristice.[73] Ataxia asociată cu glutenul, o ataxie sporadică idiopatică în care sunt prezenţi anticorpi antigliadină, poate surveni chiar şi în absenţa enteropatiei duodenale.[71]

Numeroase persoane nu prezintă simptomele bolii celiace, dar au un diagnostic stabilit în urma investigării unor anomalii ale testelor de laborator frecvent întâlnite, precum anemia prin deficit de fier sau aminotransferazele crescute. O meta-analiză a studiilor epidemiologice a arătat că mai mult de unul din 30 de adulţi cu anemie prin deficit de fier au boală celiacă.[74] Boala celiacă a fost citată şi ca o cauză a creşterii fără altă explicaţie a aminotransferazelor, ce se pot normaliza în urma unei diete fără gluten.[75, 76]

Criterii de diagnostic pentru boala celiacă

Anticorpii anti-transglutaminaza 2 tisulară reprezintă testul de screening de prima linie pentru boala celiacă, iar o mică biopsie endoscopică intestinală care arată trăsături caracteristice de limfocitoză intraepitelială, hiperplazie a criptelor şi atrofie a vililor este considerată testul de confirmare standard de aur.[58, 73, 77-81] Acestea sunt manifestări ale activării imune induse de gluten. Ca urmare, rezultatele normale ale testelor nu pot exclude boala celiacă la pacienţii cu dietă fără gluten.

Serologie

Anticorpii anti-transglutaminază 2, în special IgA anti-transglutaminază tisulară şi anticorpii anti-endomisium (EMA), sunt instrumente de screening esenţiale pentru boala celiacă. Atât IgA anti-transglutaminază tisulară, cât şi EMA recunosc acelaşi autoantigen, aşa că rezultatele sunt foarte strâns corelate.[58, 78] Într-un studiu prospectiv internaţional de cohortă mare, IgA anti-transglutaminază tisulară a avut sensibilitate (98%) şi specificitate (75%) mari pentru detectarea atrofiei vililor duodenali la adulţii cu boală celiacă suspectată.[83] Anticorpii IgA anti-transglutaminază tisulară au sensibilitate şi specificitate mare şi în populaţiile pediatrice.[84]

Dat fiind că dezvoltarea autoanticorpilor anti-transglutaminază 2 tisulară este foarte rară la pacienţii fără haplotipuri HLA-DQ2 şi/sau HLA-DQ8, genotiparea HLA poate fi utilă pentru excluderea bolii celiace la persoanele cu diagnostic neclar, inclusiv la cele care au şi adoptat o dietă fără gluten.[86]

Histologie

Endoscopia tractului gastrointestinal superior cu biopsii duodenale multiple (incluzând cel puţin patru din duodenul distal şi una sau două din bulbul duodenal) reprezintă metoda de diagnostic standard de aur pentru boala celiacă la toate grupele de vârstă.[73] Adăugarea biopsiilor din bulbul duodenal la cele din porţiunea mai distală a duodenului măreşte randamentul diagnosticului şi poate identifica persoanele cu boală celiacă de foarte scurtă durată[88] cu serologii pozitive şi atrofia vililor restrânsă la prima porţiune a duodenului.[89]

Scanned with OKEN Scanner

Modificările mucoasei asociate cu boala celiacă pot fi clasificate conform criteriilor Marsh-Oberhuber, gradele mai mari corespunzând atrofiei vililor, hiperplaziei criptelor și prezenței limfocitelor intraepiteliale.[90, 91] Atrofia completă a vililor (gradul III Marsh-Oberhuber) are o mare specificitate pentru boala celiacă. Clinicienii trebuie să excludă, însă, alte cauze ale atrofiei vililor duodenale, incluzând imunodeficiența comună variabilă, infecțiile (de pildă, boala sprue tropicală, giardioza), modificările induse de medicamente (de exemplu, antagoniștii receptorilor angiotensinei, în special olmesartan) și boala inflamatorie intestinală.[82, 92]

Teste de confirmare alternative

În 2012, European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN – Societatea Europeană pentru Gastroenterologie, Hepatologie și Nutriție Pediatrică) a aprobat utilizarea IgA EMA în a doua probă de sânge și a genotipului permisiv HLA ca o alternativă la biopsie pentru diagnosticul bolii celiace la copiii cu simptome de malabsorbție și o IgA anti-transglutaminază tisulară >10 ori limita superioară a normalului.[94]

Primele dovezi în sprijinul unui diagnostic bazat pe serologie la adulți au apărut cu aproape trei decenii în urmă[97] și au fost validate de cohorte prospective mai recente, incluzând utilizarea mai degrabă a IgG DGP decât a EMA ca test de confirmare.[83, 98] O analiză recentă a arătat că o concentrație a IgA anti-transglutaminază tisulară ≥10 ori limita superioară a normalului a avut o valoare predictivă pozitivă de 98% pentru identificarea persoanelor cu boală celiacă, sugerând că diagnosticul serologic poate avea un rol la adulții cu risc moderat spre ridicat și cu o probabilitate mare a bolii celiace pre-test.[99]

Screeningul persoanelor fără simptome

Screeningul serologic este recomandat la anumiți oameni fără simptome care au un risc crescut de a dezvolta boala celiacă, și anume, rudele de gradul întâi ale pacienților cu boală celiacă, expuse unui risc de apriție a bolii celiace de aproximativ șapte ori mai mare decât populația generală.[58, 73, 79, 100] Screeningul este adecvat și la persoanele cu boli strâns asociate sau cu afecțiuni genetice (vedeți tabelul). În unele contexte, asocierea este suficient de puternică pentru a lua în considerare screeningul serologic în mai multe momente: de exemplu, la doi și la cinci ani după diagnosticul diabetului de tip 1 sau cu o frecvență mai mare (de exemplu, la un interval de doi ani) la copiii predispuși genetic, cu rude de gradul întâi afectate.[36]

Morbiditatea și mortalitatea în boala celiacă

Morbiditatea

Persoanele cu boală celiacă au un risc crescut de a dezvolta alte boli autoimune, probabil din cauza unei predispoziții genetice comune și/sau a activării imune induse de expunerea la gluten. Cea mai puternică asociere este la pacienții cu diabet de tip 1, care au o prevalență a bolii celiace între 5,1% și 6%.[111] Mai multe studii bazate pe populație au arătat că boala celiacă este asociată pozitiv, printre altele, și cu bolile tiroidiene autoimune, cu artrita juvenilă idiopatică, artrita reumatoidă, psoriazisul și boala inflamatorie intestinală.[112-115]

Boala celiacă este asociată și cu boli hepatice, incluzând hepatita autoimună, colangita biliară primară și colangita sclerozantă primară.[118, 119] Persoanele cu boală celiacă par să aibă și un ric crescut de steatoză hepatică asociată cu disfuncție metabolică.[75, 120]

Boala celiacă este asociată cu alte stări patologice sistemice, deși mecanismul cauzal nu este clar. De exemplu, studiile bazate pe populație au arătat că persoanele cu boală celiacă au un risc crescut de incidență a bolii cardiovasculare și de deces asociat.[8, 123] Adulții mai vârstnici cu boală celiacă au și rate crescute de boală renală în stadiu terminal și de fragilitate.[124, 125]

Cancer și mortalitate

Un studiu de cohortă național a arătat că boala celiacă s-a asociat cu un risc global de cancer mai mare decât cel al populației generale (raportul probabilităților 1,11).[9] Există o asociere puternică între boala celiacă și limfomul non-Hodgkin, în special limfomul cu limfocite T asociat cu enteropatie.[9, 126, 127] Într-un studiu național de cohortă de tip caz-control din Franța, participanții cu boală celiacă au avut o probabilitate de patru ori mai mare să dezvolte un limfom non-Hodgkin decât perechile lor din grupul de control.[127]

Persoanele cu boală celiacă au un risc crescut de mortalitate globală, generată, în mare parte, de malignitate. Într-un amplu studiu de cohortă bazată pe populație din Suedia, oamenii cu boală celiacă au avut un risc de mortalitate ușor crescut, dar semnificativ, în comparație cu grupul de control (raportul probabilităților 1,21), având un risc mai mare de deces din

Scanned with OKEN Scanner

cauza cancerului, a bolilor cardiovasculare și a celor respiratorii.[8]

Tratamentul prin dietă

Dieta fără gluten

Tratamentul recomandat pentru boala celiacă constă în evitarea, pe toată durata vieții, a alimentelor care conțin grâu, orz și secară – ceea ce se numește dietă fără gluten. Diminuarea simptomelor intestinale și extraintestinale este așteptată în decurs de 2-4 săptămâni de la inițierea unei diete fără gluten.[130] Testele serologice se pot normaliza în primul an de la începerea unei astfel de diete, îmbunătățirea lor fiind, adesea, semnificativă după câteva luni.[131, 132] Pentru a educa pacienții în privința dietei fără gluten, numeroase ghiduri internaționale recomandă evaluarea lor imediat după diagnostic de către un dietician, preferabil cu competență în materie de boală celiacă.[73, 77, 133]

Limitele dietei fără gluten

Acceptarea unei diete fără gluten are mari variații, în ciuda eforturilor substanțiale depuse de pacienți și de cei care îi îngrijesc. Într-o sinteză sistematică a 49 de studii implicând copii cu boală celiacă, ratele complianței "adecvate" au variat de la 23% la 98%.[14] Sondajele adulților au denotat rate similare mari ale lipsei de complianță.[12, 13]

Expunerea accidentală la gluten pare a fi frecventă la pacienții cu dietă fără gluten. Două treimi din 18 adulți cu o bună complianță la o dietă fără gluten au avut cantități detectabile de peptide de gluten imunogene în materiile fecale sau în urină în decurs de numai 10 zile de observație;[15] în majoritatea expunerilor, sursa de gluten nu a putut fi identificată și nu a fost suspectată.[16] Etichetarea alimentelor "fără gluten", definite de Comisia de Codex Alimentarius ca alimente cu un conținut de gluten <20 ppm,[135] este esențială pentru aderența la dieta fără gluten și există dovezi că dozele de gluten peste 50 mg/zi (rezultate din ingestia unei cantități suficiente de alimente cu >20 ppm gluten) pot determina leziuni intestinale la persoanele cu boală celiacă.[136]

Dificultateacomplianței la dieta fără gluten poate conduce la o stare de hipervigilență a persoanelor cu boală celiacă. Un studiu transversal cu 80 de adolescenți și adulți cu boală celiacă a arătat că hipervigilența a fost asociată cu scoruri semnificativ mai mici ale calității vieții.[17] Povara menținerii unei diete fără gluten poate fi în mod special dificilă pentru copii și adolescenți, având un efect de izolare socială a acestora.[18] Produsele speciale fără gluten sunt, adesea, mai scumpe decât cele echivalente care conțin gluten, implicând o povară economică pentru pacienții cu boală celiacă.[19]

Simptome persistente în timpul dietei fără gluten

Deși simptomele asociate cu boala celiacă se atenuează, în general, în decurs de câteva săptămâni de la începerea unei diete fără gluten, 50-60% dintre pacienți prezintă simptome persistente.[130, 138] Expunerea accidentală la gluten este cea mai frecventă cauză a simptomelor continue, care sunt manifestările unei leziuni persistente a mucoasei.[139] Ca urmare, identificarea și eliminarea totală a surselor de gluten din dietă este esențială la pacienții cu simptome permanente.

Managementul și monitorizarea pe termen lung

Evaluarea complianței la dietă

Dat fiind faptul că activitatea persistentă a bolii celiace este generată de ingestia continuă de gluten, este primordială monitorizarea regulată pe termen lung de către un dietician.[73, 77, 133] Aceasta permite supravegherea strictă a echilibrului nutrițional al dietei fără gluten, ce poate avea un aport scăzut de vitamine esențiale și fibre și crescut de alimente procesate sau grase.[121, 143] Studiile au asociat dieta fără gluten cu creșterea în greutate și cu boala cardiovasculară.[144, 145] Chestionarele validate ale pacienților (de pildă, Scorul Biagi și Testul de evaluare a complianței în boala celiacă) sunt instrumente utile în evaluarea simptomelor persistente ale bolii celiace și pot fi superioare autoraportării subiective în monitorizarea complianței la o dietă fără gluten.[133, 146, 147]

Monitorizarea serologică

Monitorizarea serologică este recomandată după inițierea unei diete fără gluten la pacienții cu boală celiacă.[133] Testele serologice care fie rămân persistent pozitive, fie nu se îmbunătățesc după începerea unei diete fără gluten pot sugera continuarea expunerii la gluten.[131, 148] Este de notat faptul că normalizarea completă a serologiei durează, adesea, mai mult (peste un an) la copiii care au o boală mai severă în momentul diagnosticului.[149] Deși IgA anti-transglutaminază tisulară este recomandată pentru monitorizarea serologică,[133] dovezi recente sugerează că titrurile IgA DGP se

Scanned with OKEN Scanner

pot corela mai bine cu expunerea recentă la gluten.[150] Este important de reținut, însă, că monitorizarea serologică nu este un factor predictiv fiabil pentru simptomele atribuite bolii celiace sau pentru leziunea persistentă a mucoasei.

Rolul monitorizării prin endoscopie cu biopsie

Nu există dovezi de bună calitate privind performanța monitorizării de rutină a biopsiei duodenale la pacienții cu boală celiacă asimptomatică, fără trăsături clinice îngrijorătoare. Ghidurile recente bazate pe consens contraindică strategia repetării de rutină a biopsiei, dar dacă aceasta se face, totuși, este recomandat să se aștepte cel puțin 12-24 luni după diagnostic pentru a da timp mucoasei să se vindece prin dieta fără gluten.[133]

Un obiectiv principal al monitorizării endoscopice la pacienții cu boală celiacă este de a identifica persoanele cu atrofia vililor duodenali persistentă. Atrofia vililor persistentă a fost găsită la 23-53% dintre pacienți la biopsia de control, iar anticiparea ei prin metode neinvazive poate fi dificilă, pentru că nu se asociază cu simptome sau modificări serologice specifice bolii celiace.[140, 151-156]

Atrofia vililor persistentă la biopsia de control poate fi asociată cu un prognostic mai nefavorabil pe termen lung. O cohortă mare de pacienți cu boală celiacă bazată pe populație din Suedia a arătat că atrofia vililor duodenali persistentă la biopsia de control a fost asociată cu un risc mai mare de producere a tulburărilor limfoproliferative și a fracturilor osteoporotice.[128, 156]

Peptidele de gluten în urină și materiile fecale

Măsurarea concentrației peptidelor de gluten imunogene (GIP) în urină sau în materiile fecale este o metodă promițătoare de monitorizare a complianței la o dietă fără gluten și de detectare a expunerii accidentale la gluten. După ingestia de gluten, GIP pot fi detectate în urină până la 24-48 de ore și în materiile fecale până la șapte zile, iar concentrația lor pare să se coreleze cu cantitatea de gluten ingerată.[158-160] Mai multe studii prospective au arătat că măsurarea GIP, în special în fecale, are o sensibilitate mai mare decât chestionarele standardizate, jurnalele dietei, evaluarea simptomelor și testele serologice în detectarea expunerii la gluten a pacienților cu boală celiacă.[16, 161, 162]

Boala celiacă refractară

Boala celiacă refractară (RCD) este diagnosticată la pacienții cu simptome continue de malabsorbție și enteropatie persistentă la biopsia de control, în ciuda respectării stricte a unei diete fără gluten timp de cel puțin un an.[71] Un diagnostic de RCD este rar, incidența sa fiind estimată la numai 0,3-0,5% dintre pacienții cu boală celiacă.[164, 165] Simptomele preponderente sunt diareea, deficiențele nutriționale, scăderea ponderală, anemia și hipoalbuminemia.[166]

Dată fiind raritatea sa și prognosticul nefavorabil, pacienții cu RCD trebuie să fie trimiși și tratați la centrele de specialitate cu competență în boala celiacă. Corticosteroizii, cel mai frecvent budesonida sub formă de capsulă deschisă, constituie prima linie de tratament.[166]

Terapii noi

Terapiile medicamentoase adjuvante la dieta fără gluten sunt o prioritate în cercetarea bolii celiace. Chiar dacă, deocamdată, nu a fost aprobată nicio astfel de terapie pentru boala celiacă, sunt identificate unele mecanisme terapeutice promițătoare, precum:

Degradarea glutenului intraluminal – Peptidazele ce degradează glutenul intraluminal și împiedică formarea peptidelor de gliadină imunogene pot preveni activarea imună în urma expunerii accidentale la gluten. Câteva dintre ele s-au dovedit promițătoare în faza inițială a studiilor clinice

Inhibiția transglutaminazei – Este explorată și blocarea deamidării gliadinei cu inhibitorii transglutaminazei tisulare, ce poate reduce activarea imună prin scăderea disponibilității peptidelor de gluten modificate care leagă HLA-DQ2/DQ8

Inducerea toleranței imune – Mai multe strategii de inducere a toleranței imune sunt testate în prezent în studii clinice ale bolii celiace și altor afecțiuni mediate imun cu antigeni declanșatori cunoscuți. De exemplu, TAK-101 este o nanoparticulă cu proteine de gluten încapsulate administrată intravenos și preluată de celulele care prezintă antigenul în ficat și splină, reducând astfel prezentarea și activarea consecutivă a celulelor CD4+ T[182]

Modulatorii joncțiunilor strânse – Au fost studiate medicamentele care scad permeabilitatea mucoasei prin modularea joncțiunilor strânse în epiteliul intestinal, rezultatele fiind contradictorii

Anticorpii monoclonali – Anticorpii monoclonali anti-interleukina 15, o citokină implicată în activarea limfocitelor T citotoxice, pot reduce expansiunea limfocitelor intraepiteliale după expunerea la gluten

Scanned with OKEN Scanner

în boala celiacă, dar primele studii nu au arătat încă atenuarea leziunii mucoase după expunerea la gluten[186]

Alte strategii terapeutice – Sunt în curs de investigare multe alte strategii terapeutice. De exemplu, glutenul modificat genetic le poate permite pacienților cu boală celiacă să consume în siguranță produse din grâu cu imunogenitate redusă.[189] Sunt promițători și agenții sechestranți care leagă glutenul în lumenul intestinal și previn absorbția sa intestinală.[190] O altă strategie terapeutică potențială în viitor este manipularea microbiomului, care este alterat la persoanele cu boală celiacă.

Ghiduri

Multe societăți europene și nord-americane au publicat ori au validat ghiduri pentru screeningul, diagnosticul și managementul bolii celiace la adulți și copii.[58, 73, 77-81, 100, 133] Majoritatea ghidurilor cer în prezent confirmarea prin biopsie a diagnosticului de boală celiacă la adulți, dar pentru copii a fost aprobată o strategie fără biopsie de către European Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition (Societatea Europeană de Gastroenterologie și Nutriție Pediatrică) și, condiționat, de American College of Gastroenterology (Colegiul American de Gastroenterologie).[58, 73] După diagnostic, este recomandată tuturor celor afectați respectarea strictă a unei diete fără gluten, cu sprijinul unui dietician.

Conflicte de interese: niciunul de declarat.

Implicarea pacienților: În realizarea acestui articol nu a fost implicat direct niciun pacient.

STATE OF THE ART REVIEW

Advances in the pathophysiology, diagnosis, and management of coeliac disease

A se cita: *BMJ* 2025;390:e081353
Găsiți versiunea integrală, cu bibliografie, la:
doi: 10.1136/bmj-2024- 081353

OPINIA PACIENTULUI

Recuperarea contra cronometru după un accident vascular cerebral

Matthew Berryman descrie presiunea pe care a simțit-o încercând să se recupereze după accidentul său vascular cerebral hemoragic într-un interval de timp strict definit

La aproximativ o săptămână după ce am avut accidentul vascular cerebral hemoragic, medicii mi-au spus că primele șase luni după accident erau cele mai importante pentru recuperare. După acel interval de timp, trebuia să mă aștept la o recuperare fizică în platou. Am primit aceste informații într-un moment în care nu puteam decât să-mi mișc degetele de la picioare. Nu puteam

PRIYA SUNDRAM

să vorbesc deloc sau să pun măcar întrebări elementare, deși aveam atâtea: Oare voi mai putea merge vreodată? Voi mai putea vorbi vreodată?

Limite de timp

M-am simțit presat să încep imediat reabilitarea, dar internarea în secția de reabilitare mi-a fost întârziată pentru că nu era niciun pat disponibil, ceea ce mi-a sporit anxietatea. Am înțeles că, în acel stadiu, medicii

Scanned with OKEN Scanner

nu îmi puteau furniza un prognostic definitiv, dar mi-aș fi dorit să nu-mi dea un termen limită atât de rigid pentru recuperare. Ar fi fost mai bine dacă cineva mi-ar fi comunicat că șase luni era doar o estimare a perioadei în care puteam să mă recuperez în mare parte, având acces la reabilitare, și nu un termen limită strict.

Iată-mă după mai bine de doi ani de la accidentul meu vascular cerebral, făcând în continuare progrese. De exemplu, se îmbunătățește constant capacitatea de tastare – folosindu-mi toate degetele de la ambele mâini fără să mă uit la tastatură. Pot acum să vorbesc mai fluent și mă bâlbâi mai puțin decât înainte. În timp ce am scris acest articol, fiecare apăsare pe tastă mi s-a părut un mic miracol de zi cu zi – nu aș fi putut scrie atât de repede și de corect la șase luni sau chiar la un an după accident.

Am fost norocos să am acces continuu la fizioterapeuți, terapeuți ocupaționali și logopezi care au lucrat cu mine, stabilind împreună obiective importante și realizabile. Ne-am concentrat pe identificarea unor sarcini individualizate, care să mă ajute să ating aceste obiective – ca exersarea tastării pentru software-ul de scriere și exercițiile la vioară în fața oglinzii pentru a-mi observa tehnica – și m-au încurajat să continui. Ar fi fost

CE TREBUIE SĂ ȘTIȚI

- Recuperarea după un accident vascular cerebral este individuală și poate dura câțiva ani, implicând eforturi continue de reabilitare
- Pentru unii pacienți, strategiile de reabilitare intensive, repetitive, pot îmbunătăți recuperarea motorie, capacitatea funcțională și calitatea vieții, chiar și în accidentul vascular cerebral cronic
- Profesioniștii din domeniul medical trebuie să încurajeze supraviețuitorii accidentului vascular cerebral prin comunicarea cu claritate a potențialului de recuperare, evitând stabilirea unor termene limită ale așteptărilor

APLICAREA EDUCAȚIEI ÎN PRACTICĂ

- Cum ați putea încuraja pacienții și pe cei care îi îngrijesc să mențină o angajare pe termen lung în terapiile și exercițiile de reabilitare?
- Cum vă puteți asigura că înțelegerea calendarului recuperării după un accident vascular reflectă cele mai bune dovezi actuale?

Progresele mici sau treptate pot avea o valoare semnificativă

ușor să renunț la practica suplimentară după șase luni, dar am perseverat și am făcut în continuare progrese semnificative într-o serie de domenii și aptitudini.

Inspirația și motivația

Mi-am cumpărat un stilou frumos și un caiet pentru a avea o motivație să exersez scrisul în mod regulat, iar abilitatea mea de a scrie îngrijit și cu litere cursive se îmbunătățește. M-am întors la serviciu, unde susțin prezentări regulate în timpul ședințelor. Colegii îmi spun că vorbesc clar. Am învățat să cânt la vioară când eram copil și apoi din nou, în lunile și anii ce s-au scrus după accidentul vascular cerebral. Asta deși mi s-a spus că după șase luni recuperarea mea va ajunge la un platou.

Într-un moment în care sănătatea mintală este vitală pentru recuperare, poate fi descurajant să ți se comunice o perioadă limitată în care trebuie să se producă recuperarea funcțională. Profesioniștii din domeniul medical pot sprijini persoanele care au avut un accident vascular cerebral, explicându-le clar că recuperarea continuă este posibilă. În plus, ei pot inspira și motiva angajarea susținută a pacienților în terapia de reabilitare, lucrând împreună cu aceștia pentru a stabili obiective personalizate și a le indica momentul în care este atins fiecare obiectiv. Pe mine m-a liniștit faptul că am fost încurajat să fixez obiective pe termen lung care erau relevante pentru viața mea și țineau cont de ceea ce-mi plăcea să fac înainte de accidentul vascular cerebral. Terapeuții ocupaționali au împărțit aceste obiective pe termen lung în unele mai mici, realizabile pe termen scurt – de exemplu, doar să pot ține arcușul vioarei a fost un obiectiv la un moment dat – și m-au ajutat să-mi urmăresc progresul în timp, ceea ce m-a motivat în continuare.

Există, adesea, un echilibru între speranță și entuziasm în modul în care cadrele medicale comunică natura și durata recuperării. Pacienții trebuie să se simtă încurajați să exploreze permanent posibilități de reabilitare, indiferent cât de mult timp a trecut de la accidentul lor vascular cerebral. Nu este vorba despre exagerarea posibilităților reale. Fără îndoială, nu toate aptitudinile vor reveni la nivelul anterior accidentului vascular cerebral. Mai degrabă, progresele mici sau treptate pot avea o valoare semnificativă și, acumulându-se în timp, vor conduce, probabil, la îmbunătățirea calității vieții.

Autor pacient,
mattjb@me.com

WHAT YOUR PATIENT IS THINKING

Recovering from stroke against the clock

A se cita: *BMJ* 2025;391:r2349

Traducere:
Dr. Roxana Țucra

Scanned with OKEN Scanner

ADVERTISEMENT FEATURE

ALGINATUL ÎN TRATAMENTUL REFLUXULUI GASTROESOFAGIAN: MECANISM, EFICIENȚĂ ȘI PERSPECTIVE CLINICE

Prof. Univ. Dr. Ana-Maria Sîngeap, Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa" Iași, Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași

Asist. Univ. Dr. Robert Năstasă, Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa" Iași, Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași

Prof. Univ. Dr. Anca Trifan, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" Iași, Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași

De la fundament istoric la practica modernă

În anul 1974, într-un studiu publicat în *The Lancet*, C. Stanciu și J.R. Bennett au demonstrat, prin monitorizare prelungită a pH-ului esofagian, că un preparat combinat alginat/antiacid reduce semnificativ numărul episoadelor de reflux și durata expunerii esofagiene la acid (1). Într-o epocă premergătoare inhibitorilor de pompă de protoni (IPP), acest studiu a oferit una dintre primele dovezi obiective că intervenția asupra conținutului gastric poate modifica parametrii fiziopatologici ai refluxului.

Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) reprezintă în prezent una dintre cele mai frecvente patologii digestive în practica ambulatorie. Abordarea modernă nu mai este exclusiv simptomatică, ci bazată pe fenotip clinic și dovezi obiective. Ghidul actual al American College of Gastroenterology recomandă individualizarea tratamentului, utilizarea celei mai mici doze eficiente de IPP și reevaluarea periodică a necesității terapiei continue (2). În paralel, consensul Lyon 2.0 din anul 2023 redefinește criteriile obiective pentru diagnosticul BRGE, subliniind importanța corelării simptomelor cu dovezi fiziologice clare și evitarea supradiagnosticării refluxului în absența parametrilor anormali (3). În acest context, alginatul își păstrează relevanța ca opțiune complementară sau alternativă în anumite situații clinice.

Mecanismul de acțiune: țintirea „acid pocket"(„buzunarului acid")

Alginatul, derivat din alge marine, formează în contact cu acidul gastric un gel vâscos care plutește la suprafața conținutului gastric, creând o barieră mecanică („raft") între stomac și joncțiunea esogastrică. Acest mecanism limitează ascensiunea conținutului gastric în esofag și reduce probabilitatea episoadelor de reflux (4).

Conceptul de „acid pocket" postprandial – strat de acid neamestecat situat proximal, în imediata vecinătate a joncțiunii esogastrice – reprezintă o țintă terapeutică importantă (5). Studiile imagistice și de pH-metrie au demonstrat că formulările alginat–antiacid se pot localiza la nivelul acestui „buzunar acid", reducând expunerea esofagiană la acid și deplasând zona de tranziție a pH-ului distal.

Pe lângă acid, pepsina și alte componente ale conținutului gastric contribuie la lezarea epiteliului esofagian. Date experimentale recente sugerează că aplicarea topică de alginat poate reduce leziunile mediate de pepsină, inclusiv proteoliza E-caderinei și inducerea metaloproteinazelor matriceale, sugerând un potențial efect protector suplimentar la nivel mucosal.

Dovezi clinice: eficiență simptomatică și rol adjuvant

Studiile randomizate controlate arată că alginatul este superior placebo în ameliorarea pirozisului și regurgitației. Beneficiul clinic este rapid instalat și deosebit de relevant în simptomele postprandiale, unde mecanismul fizic de barieră este predominant.

Comparativ cu antiacidele simple, formulările alginat–antiacid reduc mai eficient expunerea esofagiană postprandială la acid. În studiile de tip

Scanned with OKEN Scanner

add-on therapy, la pacienții cu răspuns parțial la IPP, adăugarea alginatului a redus semnificativ simptomele reziduale, în special regurgitația.
Profilul de siguranță al alginatului este favorabil, datorită mecanismului predominant local și absorbției sistemice minime. Evenimentele adverse sunt rare și, în general, ușoare.
În sarcină, ghidurile recomandă antiacide și alginat ca opțiuni de primă linie după măsurile igieno-dietetice, înaintea escaladării terapiei antisecretorii (2). La vârstnici și la pacienții cu polimedicație, absența interacțiunilor sistemice relevante și lipsa influenței asupra metabolizării hepatice prin citocromul P450 reprezintă avantaje practice importante. Se recomandă totuși administrarea la distanță de alte medicamente orale pentru a evita potențiale interferențe de absorbție. Datele sintetice recente confirmă tolerabilitatea bună și utilizarea sigură în regim intermitent sau adjuvant (4).
Este important de subliniat că alginatul nu înlocuiește IPP în esofagita erozivă moderată sau severă și nu are indicație în prevenția complicațiilor (stenoze, esofag Barrett). Rolul său rămâne predominant simptomatic.

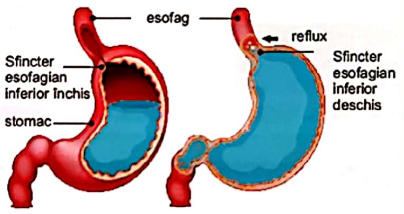
Rolul în fenotipurile non-erozive și hipersensibilitate esofagiană

În formele non-erozive de reflux (NERD) și în hipersensibilitatea esofagiană, simptomatologia poate persista în absența unei expuneri acide marcate. În aceste situații, reducerea exclusivă a secreției acide nu este întotdeauna suficientă, iar intervențiile care limitează contactul mecanic dintre conținutul gastric și mucoasa esofagiană pot avea relevanță clinică. Prin mecanismul său fizic, alginatul reduce numărul episoadelor de reflux detectabile postprandial, chiar și atunci când pH-ul nu este profund acid, ceea ce poate explica ameliorarea regurgitației și a simptomelor de plenitudine retrosternală la un subset de pacienți cu investigații limită sau borderline.

Manifestări extraesofagiene: oportunități și limite terapeutice

Manifestările extraesofagiene atribuite refluxului – tuse cronică, disfonie, senzație de globus, clearing faringian repetat – reprezintă o zonă de diagnostic și tratament complexă. Consensul Lyon 2.0 subliniază că relația cauzală dintre reflux și aceste manifestări trebuie demonstrată obiectiv înaintea instituirii terapiei prelungite (3).
În acest context, alginatul poate avea un rol potențial în controlul simptomelor intermitente, în special în situații în care refluxul proximal sau episoadele postprandiale sunt suspectate. Totuși, dovezile clinice pentru eficiența sa în manifestările extraesofagiene sunt limitate, iar utilizarea trebuie individualizată.
Prin urmare, în acest domeniu, alginatul poate fi considerat o intervenție adjuvantă, dar nu o terapie de primă linie în absența confirmării refluxului patologic.

Boala de reflux gastroesofagian (BRGE)



Perspective clinice: personalizare și ajustarea terapiei antisecretorii

Abordarea modernă a BRGE presupune diferențierea între esofagită erozivă, NERD, hipersensibilitate esofagiană și reflux funcțional. Nu toate simptomele sunt strict dependente de aciditate, iar reducerea secreției acide nu este întotdeauna suficientă.
Alginatul poate fi util în special în: simptome predominant postprandiale; regurgitație persistentă sub IPP; forme ușoare sau intermitente; perioade de reducere progresivă a dozei de IPP. În contextul recomandărilor actuale de reevaluare a terapiei cronice antisecretorii (2), alginatul poate reprezenta o opțiune tranzitorie sau intermitentă, cu mecanism local și profil favorabil de siguranță. Din perspectivă de sănătate publică, majoritatea pacienților cu simptome de reflux sunt gestionați în medicina de familie sau prin automedicație. În acest context, opțiunile terapeutice cu acțiune locală, debut rapid și profil de siguranță favorabil prezintă un avantaj pragmatic. Acestea joacă un rol important în autogestionarea simptomelor ușoare, având accesibilitate largă și tolerabilitate bună, ceea ce conferă alginatului un loc bine definit în medicina de familie și în practica ambulatorie.

Algoritm practic orientativ

În practica zilnică, alginatul poate fi considerat:
- Terapie la nevoie în BRGE ușoară, fără semne de alarmă
- Intervenție postprandială la pacienți cu simptome ocazionale
- Adjuvant medicatiei de tip IPP, în caz de regurgitație sau simptome reziduale
- Opțiune de tranziție în descreșterea dozelor/renunțarea la IPP
- Alternativă sigură în sarcină sau la pacienți cu polimedicație

La peste 50 de ani de la publicarea studiului din *The Lancet*, principiul barierei fizice rămâne actual. Într-o eră dominată de terapii antisecretorii potente și de criterii diagnostice tot mai precise, alginatul nu reprezintă o substituție universală pentru IPP, ci o intervenție țintită, fiziopatologic coerentă și clinic utilă în anumite scenarii.
Integrarea sa judicioasă, în acord cu ghidurile actuale și cu profilul individual al pacientului, contribuie la o abordare mai echilibrată și personalizată a bolii de reflux gastroesofagian.

Bibliografie

1. Stanciu C, Bennett JR. Alginate/antacid in the reduction of gastro-oesophageal reflux. *Lancet* 1974;1:109–111.
2. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol* 2022;117:27–56.
3. Gyawali CP, et al. Modern diagnosis of GERD: Lyon Consensus 2.0. *Gut* 2023.
4. Bor S, Kalkan IH, Çelebi A, et al. Alginates: From the ocean to gastroesophageal reflux disease treatment. *Turk J Gastroenterol* 2019;30(Suppl 2):S109–S136.
5. Kahrilas PJ, McColl K, Fox M, et al. The acid pocket: a target for treatment in reflux disease? *Am J Gastroenterol* 2013;108:1058–1064.

Scanned with OKEN Scanner

FORMULAR DE ABONAMENT 2026

Valabilitate 31 august 2026

Abonamentele se fac pe un an calendaristic

Abonament în format TIPĂRIT 2026 (bonus format ELECTRONIC - PDF)

315 Lei ☐ The British Medical Journal – Ediția în limba română (10 ediții)

225 Lei ☐ Medica Academica (10 ediții)

Abonament în format ELECTRONIC (PDF) 2026

215 Lei ☐ The British Medical Journal – Ediția în limba română (10 ediții)

165 Lei ☐ Medica Academica (10 ediții)

180 Lei ☐ Maedica – a Journal of Clinical Medicine* (4 ediții/an)

*Publicație în limba engleză
Prețurile includ TVA.

NOTĂ: Pentru abonamentele în format tipărit, revistele tipărite vor fi trimise abonaților începând cu ediția lunii următoare efectuării plății.
Numerele anterioare incluse în abonamentul format tipărit vor fi transmise abonaților în format electronic (pdf).

Pentru medicii înscriși la CMR - Certificatul care atestă obținerea creditelor EMCD se eliberează nominal la sfârșitul perioadei de abonare, după rezolvarea corectă în proporție de minim 75% a chestionarelor și transmiterea acestora pentru evaluare.

TARUS Media SRL B-dul Metalurgiei 78, Sector 4, 041836 București
abonamente@tarus.eu, Tel.: +40 21 321 0190

Plata se poate face on-line, la abonamente.tarusmedia.ro sau prin mandat poștal ori ordin de plată în contul **RO78 BTRL RONC RT0V 0560 5503** deschis la **Banca Transilvania**, beneficiar **TARUS Media S.R.L.** (CUI: R018379900). Vă rugăm trimiteți o copie după mandatul poștal sau ordinul de plată, împreună cu talonul completat, prin poștă sau e-mail.
Important: vă rugăm completați numele abonatului pe documentul de plată!

Nume .....

Prenume .....

CNP** .....
(**Obligatoriu pentru eliberarea adeverinței de punctaj și/sau a diplomei)

Firma.....CIF.....
(Necesar dacă se dorește factură pe Persoana Juridică)

Profesia .....

Specializarea .....

Adresa corespondență .....

.....

E-mail .....

Telefon ..... Data plății .....

Detalii plată ☐ mandat poștal ☐ transfer bancar

Pentru o comunicare eficientă și preîntâmpinarea erorilor vă recomandăm să completați toate câmpurile.

CREDITE 2026

Revista	Frecvență	Tip abonament	Credite CMR	Credite CMSR	Credite CFR	Credite OBBCSSR	Credite OAMGMAMR	Credite CFZRO
The BMJRo	10 /an	Tipărit	10 credite EMC + 18 credite EMCD	10 credite EMC	10 credite EFC	5 credite EMC	5 credite EMC	10 credite EMC
The BMJRo	10 /an	Electronic (PDF)	10 credite EMC + 18 credite EMCD	10 credite EMC	10 credite EFC	5 credite EMC	5 credite EMC	10 credite EMC
MA	10 /an	Tipărit	5 credite EMC + 18 credite EMCD	5 credite EMC	10 credite EFC	5 credite EMC	5 credite EMC	10 credite EMC
MA	10 /an	Electronic (PDF)	5 credite EMC + 18 credite EMCD	5 credite EMC	10 credite EFC	5 credite EMC	5 credite EMC	10 credite EMC
Maedica	4 /an	Electronic (PDF)	10 credite EMC + 8 credite EMCD	10 credite EMC	10 credite EFC	7 credite EMC		10 credite EMC

Îmi exprim în mod expres și neechivoc consimțământul ca datele personale furnizate în prezentul formular să fie prelucrate de TARUS Media SRL sau de către împuternicitul acesteia în scopul notificarii mele despre produsele și serviciile TARUS Media SRL, și declar că am primit informații cu privire la drepturile pe care le am, referitor la prelucrarea datelor mele cu caracter personal și la dreptul de a-mi retrage în orice moment consimțământul conform celor menționate mai jos.

TARUS Media SRL, cu sediul în Deva, B-dul Nicolae Bălcescu nr. 2, Jud. Hunedoara, număr de înmatriculare la Registrul Comertului J20/77/2021, cod fiscal: RO18379900, tel. 021 3210190, e-mail contact@tarus.eu prelucrează datele dumneavoastră personale în calitate de operator în conformitate cu Regulamentul UE 2016/679 (GDPR) în urmatoarele scopuri:
-Eliberarea adeverințelor privind abonarea la revistele editate de TARUS Media SRL
-Eliberarea diplomelor privind absolvirea „Programelor de Educație Medicală Continuă la Distanță"
-Trimiterea în format electronic și/sau tipărit a revistelor editate de TARUS Media SRL
-Trimiterea în format electronic și/sau tiparit a facturilor corespunzătoare produselor și/sau serviciilor achiziționate
-Notificarea dumneavoastră despre promoțiile, produsele si serviciile TARUS Media SRL
-Soluționarea oricaror cereri și/sau reclamații cu privire la produsele și/sau serviciile achiziționate
TARUS Media SRL, va asigură că datele furnizate de dumneavoastră prin completarea talonului de înscriere sunt confidențiale și nu vor fi divulgate unor terțe persoane. Prelucrarea datelor personale se va face cu asigurarea confidentialtății și securității prelucrarii datelor cu caracter personal și cu respectarea drepturilor Dvs, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE 2016/679 (GDPR).
Aveț dreptul de a retrage oricând consimțământul privind prelucrarea datelor dumneavoastră personale, fără ca retragerea să afecteze legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimțământului, până la data retragerii.

Aveți posibilitatea de a exercita oricare dintre următoarele drepturi, prin intermediul unei cereri scrise, datate și semnate, către TARUS Media SRL la adresa din București, B-dul Metalurgiei 78, Sector 4 sau la adresa de e-mail contact@tarus.eu
a. Dreptul de acces la Datele cu Caracter Personal - de a obține o confirmare a faptului că datele personale sunt sau nu prelucrate;
b. Dreptul la rectificare asupra datelor - de a cere rectificarea datelor inexacte care vă privesc;
c. Dreptul de a șterge datele prelucrate - de a solicita ștergerea datelor personale care vă privesc, iar TARUS Media SRL are obligația de a șterge datele personale care vă privesc, în oricare din următoarele situații:
- datele cu caracter personal nu sunt necesare pentru îndeplinirea scopurilor pentru care au fost colectate sau prelucrate;
- retragerea consimțământului pe baza căruia au fost prelucrate;
-datele cu caracter personal au fost prelucrate illegal;
d. Dreptul de restricționare a prelucrării datelor personale - aveți dreptul de a obține din partea noastră restrictionarea prelucrării datelor cu caracter personal în următoarele cazuri:
- prelucrare inexactă
- prelucrare ilegală
- exercitarea dreptului la opozitie;
e. Dreptul de portabilitate a datelor - de a primi datele cu caracter personal care vă privesc și pe care ni le-ați furnizat manifestandu-vă consimțământul expres, în structura utilizată de noi în mod current și de a transmite aceste date altui operator, putând cere transmiterea acestor date direct către celălalt operator, dacă acest lucru este posibil din punct de vedere tehnic.
f. Dreptul la opoziție - de a vă opune oricând, în mod gratuit, unei astfel de prelucrări, inclusiv creării de profiluri;
g. Dreptul de a vă adresa cu o plângere Autorității de Supraveghere, în cazul în care apreciați că prelucrarea datelor dumneavoastră cu caracter personal încalcă regulamentul UE 2016/679 (GDPR);

Doresc să fiu notificat despre promoțiile și informările referitoare la produsele și serviciile TARUS Media SRL.

☐ Da ☐ Nu Semnătura ..... Data .....

TARUS Media

Scanned with OKEN Scanner

thebmj
THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
Ediția în limba română

CHESTIONAR

aprilie, 2026

Din: West S, Scragg J, Aveyard P și colab. **Revenirea la greutatea inițială după oprirea medicamentelor GLP-1.** *The BMJRo* 2026;3:96-99.

1. Motivele frecvente pentru întreruperea medicației GLP-1 pentru tratamentul obezității au fost:
A. Prețul crescut al medicației
B. Durata lungă a tratamentului
C. Efectele adverse
D. Inconvenientele administrării injectabile
E. Agravarea sindromului metabolic

Din: Hasenbohler A, Javaux G, Payen de la Garanderie M și colab. **Conservanții și riscul de cancer.** *The BMJRo* 2026;3:99-101.

2. Conform studiului, au fost observate asocieri pozitive între aportul de conservanți folosiți pe scară largă și incidența mai mare a următoarelor tipuri de cancer:
A. Cerebral
B. Pulmonar
C. Pancreatic
D. Mamar
E. Prostatic

Din: Roddy E. **Întrebați un expert: guta.** *The BMJRo* 2026;3:110-114.

3. Constituie criterii de diagnostic pozitiv pentru atacul acut de gută:
A. Durerea articulară severă cu debut brusc
B. Durata scurtă (sub două ore) a durerii articulare
C. Interesarea, cu precădere, a primei articulații metatarsofalangiene
D. Asocierea edemului, eritemului local al articulației afectate
E. Vindecarea incompletă în decurs de o săptămână

4. Diagnosticul diferențial de certitudine între artrita urică și cea septică se bazează pe:
A. Prezența febrei și a sindromului inflamator
B. Artrocenteza articulației cu analiza lichidului și identificarea cristalelor
C. Artrocenteza articulației cu analiza lichidului și identificarea germenului prin colorație Gram
D. Artrocenteza articulației cu analiza lichidului și identificarea germenului prin culturi
E. Examenului radiologic

5. Terapia de reducere a acidului uric este recomandată tuturor pacienților cu gută care asociază:
A. Boală renală cronică stadiile 3-5
B. Litiază renală urică
C. Tofi gutoși
D. Multiple episoade acute sau severe de artrită
E. Artrită gutoasă cronică

6. În episodul acut de artrită gutoasă sunt recomandate următoarele medicamente:
A. Antiinflamatoarele nonsteroidiene
B. Allopurinolul
C. Colchicina
D. Antialgicele de tipul derivaților de morfină
E. Corticosteroizii

Din: Doyle JB, Silvester J, Ludvigsson JF, Lebwohl B. **Progrese în fiziopatologia, diagnosticul și managementul bolii celiace.** *The BMJRo* 2026;3:115-122.

7. Eficacitatea terapeutică a dietei fără gluten, la pacienții cu boală celiacă, este condiționată de:
A. Vârsta pacientului la diagnostic
B. Comorbiditățile asociate
C. Complianța variabilă la tratament
D. Expunerea frecventă accidentală la gluten
E. Impactul psihosocial și economic

8. Următorii factori de risc au fost puternic incriminați în declanșarea enteropatiei glutenice:
A. Predispoziția genetică (HLA-DQ2, HLA-DQ8)
B. Infecțiile repetate ale tractului gastrointestinal în copilărie și la vârsta adultă
C. Durata alimentației naturale la nou-născut
D. Modul de naștere
E. Asocierea și a altor boli autoimune

9. Reprezintă manifestări extraintestinale înalt sugestive pentru enteropatia glutenică:
A. Eritemul nodos
B. Dermatita herpetiformă
C. Stomatita aftoasă
D. Defectele smalțului dentar
E. Vasculita

10. Prima linie de tratament în boala celiacă refractară la regimul fără gluten este:
A. Anticorpii monoclonali anti-IL-5
B. Metotrexatul
C. Azatioprina
D. Budesonida sub formă de capsulă deschisă
E. Mesalazina

Chestionar realizat cu sprijinul UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj Napoca

Scanned with OKEN Scanner

EUCARBON®

EUCARBON® reglează digestia în mod natural

- Ameliorează simptomatologia asociată cu încetinirea tranzitului intestinal, remediu natural pentru constipație, flatulență și balonare.
- Stimulează tractul digestiv acționând ca un laxativ blând antispastic și antibacterian

Medicament care nu se eliberează pe bază de prescripție medicală. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații complete consultați rezumatul caracteristicilor produsului.
Raportare reacții adverse: farmacovigilenta@remedia.ro

Deținătorul autorizației de punere pe piață și fabricantul
F.TRENKA
F. Trenka chem.-pharm. Fabrik GmbH,
Prinz-Eugen-Straße 70,
1040 Vienna,
Austria

www.ftrenka.com
www.eucarbon.com

Scanned with OKEN Scanner

ELIQUIS:
EFICIENȚA ȘI SIGURANȚA* PE CARE LE-AȘ ALEGE PENTRU

*Pe baza datelor vs warfarină din studiile clinice la pacienți cu FANV.[1]

Eliquis™ apixaban

Indicații terapeutice:

Eliquis 2,5 mg:
prevenirea evenimentelor tromboembolice venoase (ETV) la pacienții adulți care sunt supuși unei intervenții chirurgicale de artroplastie a șoldului sau genunchiului.

Eliquis 2,5 mg și Eliquis 5 mg:
prevenirea accidentului vascular cerebral (AVC) și a emboliei sistemice la pacienți adulți cu fibrilație atrială non-valvulară (FANV) cu unul sau mai mulți factori de risc, cum sunt AVC sau accident ischemic tranzitor (AIT) în antecedente; vârstă ≥ 75 ani; hipertensiune arterială; diabet zaharat; insuficiență cardiacă simptomatică (clasa NYHA ≥ II); Tratamentul trombozei venoase profunde (TVP) și al emboliei pulmonare (EP), prevenirea TVP și a EP recurente la adulți.[1]

Doriți să aflați mai multe?
Pentru informații complete de prescriere vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului ELIQUIS

Scanați codul QR

Referință: 1. ELIQUIS® (apixaban) Rezumatul caracteristicilor produsului.

Acest medicament se eliberează numai cu prescripție medicală PRF.
Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Dacă doriți să raportați un eveniment advers, un posibil defect de calitate sau să solicitați mai multe informații medicale cu privire la un produs Pfizer, vă rugăm să utilizați unul dintre următoarele e-mailuri:
Farmacovigilență Pfizer: ROU.AEReporting@pfizer.com
Calitatea Produselor Pfizer: ProductComplaintsRomania@pfizer.com
Informații Medicale Pfizer: Medicalinformationromania@pfizer.com

Pfizer
Pfizer România SRL
Willbrook Platinum Business and Convention Center,
Șos. București – Ploiești 172 – 176, Corp B, etaj 5, sector 1, 013686, București, România,
Tel.: +40 212 072 830

PP-ELI-ROU-0387 Noiembrie 2024

Scanned with OKEN Scanner